FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-1889 N° 45

ÉTUDE CRITIQUE

SUR LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL CONTEMPORAIN

DU

PROLAPSUS UTÉRIN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 JUILLET 1889

PAR

Pierre-Léo-Joseph-Émilien GAUJA

Né à Toulouse le 21 Septembre 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE { MM. ORÉ, Professeur, *Président*. MOUSSOUS, Professeur, BOURSIER, Agrégé, POUSSON, Agrégé. } *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, PLACE PEY-BERLAND

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-1889 N° 45

ÉTUDE CRITIQUE

SUR LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL CONTEMPORAIN

DU

PROLAPSUS UTÉRIN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 JUILLET 1889

PAR

Pierre-Léo-Joseph-Émilien GAUJA

Né à Toulouse le 21 Septembre 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE { MM. ORÉ, Professeur, *Président*. MOUSSOUS, Professeur, BOURSIER, Agrégé, POUSSON, Agrégé. } *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, PLACE PEY-BERLAND

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen

PROFESSEURS

M. MICÉ..... Professeur honoraire.

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.... M. PLANTEAU. M. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique méd. des enf..... MM. RONDOT. | Maladies vénériennes..... MM. ARNOZAN
Clinique chir. des enf..... PIÉCHAUD. | Maladies mentales..... N....

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les « Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs « et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR ORÉ

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURTIN

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Chirurgien des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

C'est dans ces dernières années, grâce à des procédés chirurgicaux modernes et à l'innocuité de leur application, par suite des perfectionnements de l'antisepsie, que le traitement du prolapsus utérin a pris l'importance et le développement dont font preuve les nombreux mémoires et le grand nombre d'observations publiés sur ce sujet.

Nous avons pensé qu'il était bon de dévier un peu du cadre habituel de ces dissertations inaugurales et de laisser de côté les points historiques et pathologigues de la question, dont la description se retrouve dans tous les traités classiques. Nous aurions craint qu'on nous accusât de plagiat, aussi nous contenterons-nous de faire une analyse détaillée de nos observations, d'en discuter les différentes parties et d'en tirer les conclusions conformes aux faits, en un mot de faire œuvre de critique.

Nous ne nous dissimulons pas qu'il y a quelque hardiesse à

accomplir ce travail d'ensemble et, plus que jamais, nous comprenons la vérité de l'adage bien connu que « si la critique est aisée, l'art est bien souvent difficile ». Nous aurons aussi pour excuse dans notre débat de nous en tenir aux faits et aux documents de notre dossier.

Celui-ci n'est pas très considérable ; nous aurions désiré apporter un plus grand nombre d'observations inédites, mais nous avons dû faire de larges emprunts aux thèses et mémoires déjà parus. La pratique de nos chirurgiens bordelais nous a permis cependant de publier dans ce mémoire deux observations nouvelles, et nous remercions bien sincèrement leurs auteurs, M. le professeur Lanelongue et M. le docteur Courtin, d'avoir bien voulu nous en donner la primeur.

M. le docteur Courtin, chirurgien des hôpitaux, qui nous a inspiré cette thèse, voudra bien accepter l'expression de notre reconnaissance pour les bons conseils qu'il nous a prodigués durant le temps de nos études médicales.

Que nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les docteurs Riquard, Vergely, Rondot et Pousson, veuillent accepter tous nos remercîments pour les bons enseignements puisés auprès d'eux.

Notre président de thèse, M. le professeur Oré, a bien voulu abandonner un instant ses intéressantes études d'expérimentation physiologique pour encourager notre dernière étape scolaire. Nous lui dédions notre travail; c'est un modeste témoignage que nous lui offrons en retour des excellentes leçons que nous en avons reçu et de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

ÉTUDE CRITIQUE

SUR LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL CONTEMPORAIN

DU

PROLAPSUS UTÉRIN

Première Partie

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Nous n'avons pas l'intention de faire dans ce travail l'étude des moyens mécaniques employés pour le traitement des prolapsus utérins. Nous ne dirons rien des pessaires, ni de la méthode astringente dirigée autrefois sans succès, du reste, contre cette infirmité. Nous ne parlerons pas non plus des avantages et des désavantages de l'élytrorraphie, opération qui consiste à diminuer le calibre du vagin par un avivement et des sutures, de l'épisiorraphie ou suture des grandes lèvres, de la colpopérinéorraphie, enfin, destinée à refaire le périnée en diminuant l'ouverture de la partie antérieure du vagin. Nous ne plaçons pas la discussion sur ce terrain, nous limitons le débat dans des limites plus res-

treintes, et notre thèse a pour but l'étude des trois procédés contemporains : l'opération d'Alquié, de Montpellier, modernisée par Alexander; le cloisonnement vaginal, d'après la méthode de Lefort, et l'hysterropexie.

Notre thèse étant, d'après son intitulé, une étude critique, nous n'entrerons pas dans l'historique de ces procédés parfaitement exposés dans les traités de gynécologie. Nous abordons d'emblée notre sujet, disposé que nous sommes à ne pas nous en écarter par l'exposé de détails surannés. Nous devons dire cependant que le succès de certaines opérations rapportées dans les observations qui font la base de notre étude, a été dû à l'emploi simultané de plusieurs interventions opératoires successives; c'est ainsi que certains prolapsus, traités par la méthode Alquié-Alexander, ont nécessité une périnéorraphie ultérieure, comme dans le cas de Reeves, ou bien qu'il a fallu faire, en même temps que le raccourcissement des ligaments ronds, une amputation du col suivant le procédé d'Huguier, comme dans l'observation du professeur Lanelongue, de Bordeaux.

Après avoir montré les résultats opératoires des trois procédés aujourd'hui employés, nous nous réservons, nous basant toujours sur nos observations, de démontrer qu'ils ne sont pas suffisants dans tous les cas, et que c'est par une association bien comprise et bien discutée du cas clinique qu'il est bon de lutter avec plusieurs armes, de faire en un mot une intervention complexe pour combattre ce protée morbide du prolapsus utérin.

I

Notre tableau d'observations indique que le procédé Alquié-Alexander a été employé à tous les âges, depuis vingt-un ans jusqu'à trente-huit ans, par conséquent durant toute la période où la vie génitale de la femme est dans toute son activité, et où il y avait lieu de penser qu'une grossesse pourrait se présenter ultérieurement. Dans cinq cas (deux avec cystocèle et rectocèle, un avec rectocèle, deux avec cystocèle), le prolapsus utérin était complet; dans deux autres cas, incomplet (Alexander, Adams). La découverte des ligaments ronds n'a pas été chose facile dans toute circonstance, même entre les mains d'Alexander, car, dans une de ses opérations, il lui fut impossible de retrouver le ligament rond du côté droit. Il est vrai de dire qu'il s'agissait d'une récidive de prolapsus déjà traité par le raccourcissement des ligaments ronds, et qu'il était plus difficile de rechercher dans un tissu de cicatrice induré. Mais, à part la difficulté de la recherche dont nous nous sommes assuré dans quelques dissections entreprises à ce sujet, la méthode a-t-elle donné les résultats auxquels on s'attendait? oui, bien que dans un cas dû à Alexander, l'opérateur ait déclaré qu'après avoir découvert les ligaments ronds, il lui fut impossible de mobiliser l'utérus. Dans un second cas, fourni par le même auteur, on ne put encore ramener l'utérus à sa situation normale, et le chirurgien de Liverpool conclut à des adhérences péritonitiques qui immobilisaient l'utérus.

Outre ces inconvénients, il en existe un autre, c'est l'extrême friabilité de leur tissu. En tirant sur les ligaments ronds, des chirurgiens fort habiles les ont complètement déchirés. Cet accident est arrivé dernièrement entre les mains du professeur Trélat; il faut ajouter que cet accident n'est pas par lui-même bien grave, car en fixant au moyen de fils de catgut la partie attenante à l'utérus aux piliers du canal inguinal, on peut, en prenant de grands soins pour faire cette suture, réparer en partie ce contre-temps. Mais, supposons un instant qu'au lieu de se briser au niveau de la portion inguinale, la rupture se produise au niveau de son attache utérine, la complication devient irrémédiable. Je sais bien qu'il suffit de raccourcir un seul ligament pour faire disparaître un prolapsus utérin, et une observation d'Alexander permettrait d'établir cette doctrine. Mais est-il autorisé de baser des lois sur un seul fait, et n'est-ce point là un point litigieux de ce procédé qui doive donner à réfléchir au chirurgien? On n'a pas établi, en effet, suffisamment le degré de résistance de ces ligaments, et n'y aurait-il pas lieu dans l'avenir de régler le maximum de tiraillement que l'on doit employer sur eux au moyen d'une sorte d'instrument dynamométrique, comme on avait proposé de le faire dans l'élongation des nerfs?

Enfin, le raccourcissement des ligaments ne présente-t-il pas encore d'autres inconvénients? Ne voyons-nous pas dans une opération faite par Alexander le tiraillement des ligaments produire une péritonite subaiguë due, d'après le chirurgien de Liverpool, à la déchirure d'adhérences anciennes causées par ce traumatisme? Je n'insiste pas sur les précautions minutieuses d'antisepsie que le chirurgien devra prendre pour assurer le succès de cette opération. La méthode de Lister a fait aujourd'hui ses preuves : elle fait loi,

et ceux qui ne veulent pas l'accepter, accumulent des responsabilités dont l'avenir leur demandera compte. Quel que soit le talent de ceux qui la contestent, elle n'en est pas moins aujourd'hui l'expression la plus éclatante de la vérité, et il y a lieu de répéter à son égard cet ancien adage pédagogique : *Amicus Plato, magis amica veritas.*

Mais, quelles qu'aient été les minuties opératoires, on a cependant noté des accidents, et dans un cas d'Adams, nous voyons de l'érysipèle et une collection purulente se produire au niveau des points de suture.

Quant au résultat définitif de l'opération d'Alquié-Alexander, il a été très bon dans cinq de nos observations, et dans ces cinq cas cependant, on notait des rectocèles et des cystocéles concomitantes. Bien plus, dans un fait d'Alexander, dont nous avons déjà parlé, le raccourcissement du seul ligament gauche suffit à faire disparaître un prolapsus compliqué d'une chute du rectum et de la vessie. Dans le plus grand nombre de cas, les opérateurs ont appliqué après l'opération le pessaire de Hodge, comme moyen de soutien. Les malades n'ont pas été suivies assez longtemps pour que les opérateurs aient pu nous dire si cette application avait été constante ou temporaire. Mais ce qui nous a surtout frappé, c'est de voir que des interventions opératoires assez importantes avaient dû être faites postérieurement pour assurer le succès de la méthode Alquié-Alexander. Dans deux cas dus à Alexander, le chirurgien anglais pratiqua d'abord le raccourcissement des ligaments ronds et fit ensuite l'élytrorraphie. Dans le second cas, après l'élytrorraphie, il fut contraint de recourir de nouveau au raccourcissement des ligaments ronds.

Dans l'observation due à l'obligeance du professeur Lanelongue, de Bordeaux, en même temps que le prolapsus il y

avait un allongement hypertrophique du col, et le chirurgien bordelais eut d'abord recours à l'amputation du col, suivant la méthode de Huguier, pour terminer son traitement chirurgical par le raccourcissement ligamenteux. Tels sont les résultats fournis par cette méthode. Elle doit, comme on le voit, faire venir à son aide d'autres procédés; tant il est vrai qu'une ligne de conduite unique ne suffit que rarement, et que, de même qu'il y a des prolapsus différents, différentes aussi doivent être les décisions chirurgicales et les interventions dirigées pour y porter remède.

Quant aux résultats définitifs, ils ont été bons dans tous les cas. Nous regrettons seulement de n'avoir pas l'histoire complète de ces malades. Il eut été intéressant de savoir ce qu'elles étaient devenues dans la suite, surtout au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. Mais tous nos faits sont muets et ne nous autorisent pas à tirer des conclusions.

II

Le cloisonnement vaginal, encadré sous le nom de méthode du professeur Lefort, a été employé à tous les âges, depuis dix-neuf ans (observation Hicguet, de Liège) jusqu'à soixante-neuf ans (observation Courtin, de Bordeaux) pour lutter contre des prolapsus de tous les degrés, compliqués ou non de cystocèle et de rectocèle. Dans un cas d'Hicguet, il y avait une déchirure complète du périnée accompagnant le déplacement de la matrice.

Que le cloisonnement ait été pratiqué seul, suivant les données du professeur Lefort, qu'il ait été accompagné ou

suivi d'une opération complémentaire, il a paru fournir d'excellents résultats. Il appartient à nos observations d'en fixer les effets, et voici leur réponse. Dans trois circonstances, il a été nécessaire de faire une réparation du périnée (Zancarol, Hicguet). J'ajoute que dans le second cas d'Hicguetle périnée était détruit.

Une observation de Faucon, de Lille, nous donne la relation d'un cas de chute utérine avec allongement hypertrophique du col. Ce chirurgien fit d'abord l'amputation du col suivant la méthode d'Huguier et consécutivement l'avivement et la suture suivant le procédé du professeur de clinique chirurgicale de Necker.

Dans deux des cas rapportés à la fin de notre thèse (Hicguet), le résultat fut nul et nécessita un second avivement. Dans celui de Courtin, de Bordeaux, la malade avait déjà été opérée une première fois à l'hôpital Saint-André par M. Dudon, et les sutures n'ayant pas tenu, par suite de l'indocilité de la malade, M. Courtin dut faire, quelques années plus tard, un second avivement dont le résultat fut très satisfaisant. Dans trois autres opérations, faites par Faucon et Eustache, de Lille, le prolapsus se reproduisit. En tout, cinq observations, dans lesquelles, malgré le soin et la grande notoriété des opérateurs, le cloisonnement ne donna pas les résultats qu'il promettait, et l'on vit apparaître la récidive, malgré les soins apportés et l'exécution fidèle de la méthode préconisée. Je ne parle que pour mémoire d'une malade opérée par le professeur Lefort et qui succomba accidentellement aux suites d'une pleuro-pneumonie quelques jours après le cloisonnement, je constate que, dans dix cas, le résultat immédiat fut excellent.

Certaines de ces opérées ont pu être suivies pendant un assez long temps, et voici le bilan éloigné des résultats opé-

ratoires des observations que nous avons recueillies. Zancarol perd sa malade quelques années après son intervention et l'autopsie démontre que son opérée a succombé aux lésions d'une tuberculose laryngée. La cloison cicatricielle vaginale est en parfait état, et il est démontré qu'on eût pu très facilement la sectionner, si une grossesse était survenue.

Faucon décrit, à son tour, les notions qui lui furent fournies par la nécropsie d'une de ses opérées qui vint mourir, dans son service, d'une cirrhose atrophique du foie, deux ans après un cloisonnement vaginal. Il démontra, à son tour, qu'il eût été très aisé de détruire la lanière cicatricielle vaginale, si une grossesse s'était produite.

C'est, en effet, un point important à élucider que cette question de menstrues et de grossesse. Pour la menstruation, elle peut se faire facilement, et l'écoulement sanguin trouve une voie facile par les deux conduits latéraux à la cicatrice. Dans le cas du docteur Courtin, il nous a été permis d'examiner nous-même la malade à l'hospice général Pellegrin, et nous avons vu que sur les parties latérales de la cicatrice le chirurgien avait ménagé deux conduits latéraux dans lesquels on pouvait très facilement introduire une sonde de femme et qui permettait aux liquides vaginaux et utérin leur libre écoulement. Bien plus, M. Eustache, de Lille, nous rapporte qu'une de ses malades pouvait parfaitement pratiquer le coït par le conduit vaginal gauche. Hicguet, de Liège, rapporte l'observation d'une fille de mœurs légères, chez laquelle le coït s'effectuait sans difficulté. Cette question complexe des menstrues, du coït et de la grossesse paraît donc résolue, et le cloisonnement vaginal triomphe, par les faits, des critiques et des reproches adressés à cet égard.

Il est inadmissible de penser cependant que le cloisonnement vaginal ne puisse susciter de sérieux inconvénients chez les femmes jeunes. Bien que, dans le cas d'Eustache, le coït se faisait régulièrement et sans difficulté, dans le plus grand nombre des circonstances cette fonction est supprimée, reste sans effet ou tend à détruire l'intervention chirurgicale; tous motifs qu'il est bon d'examiner et de bien peser, et qui me font penser qu'il est utile de bien réfléchir lorsqu'on devra traiter un prolapsus utérin par ce procédé chez une jeune femme. Si c'est une méthode de choix pour la femme ayant dépassé l'âge de la ménopause et de la vie génitale active, c'est, à notre avis, une méthode à discuter lorsqu'on devra l'appliquer aux sujets jeunes.

Car, bien que les autopsies aient démontré qu'il était facile de détruire, au moment de l'accouchement, le pont de substance cicatricielle, n'est-ce pas là une complication, et cette porte ainsi ouverte à l'infection, ne devient-elle pas, au point de vue de l'antisepsie, l'objet d'une préoccupation et quelquefois d'un danger? Nous n'avons pu, malgré nos recherches, recueillir la narration de semblables faits; nous ne pouvons donc établir, preuves en mains, la part nocive de cette intervention; mais, ce qui nous préoccupe encore davantage, c'est la pensée qu'ayant enlevé l'effet, nous pouvons voir réapparaître la cause, et la perspective d'une récidive de prolapsus venant s'offrir après l'évolution puerpérale au moment des premiers efforts, apporte un certain trouble dans notre esprit. N'est-ce pas démolir ce que l'on avait eu tant de peine à édifier? Telle est la question que je pose, et si l'affirmative des faits vient y répondre, je me le demande, le cloisonnement vaginal doit-il et peut-il être employé chez les sujets jeunes dont la vie génitale est encore dans toute son activité?

Poser la question me paraît la résoudre, et jusqu'à plus complètes informations, il me paraît nécessaire de rayer le cloisonnement vaginal du cadre de la thérapeutique chirurgicale du prolapsus chez les jeunes sujets.

III

Quant à l'*hysterropexie,* elle a été pratiquée à tout âge, de 27 à 63 ans. Dans la plupart des observations, le prolapsus était complet, s'accompagnant de cystocèle et de rectocèle. Dans six observations (Terrier, Philipps, Muller), l'hysterropexie a été employée pour des récidives de prolapsus déjà traités par la colporraphie et la périnéorraphie. Dans un premier cas appartenant à Terrier, il y avait un prolapsus total de l'utérus et du vagin, pour lequel une colporraphie fut faite consécutivement en 1873 et en 1876. En 1886, l'hysterropexie fut pratiquée; mais, ajoute l'observateur, malgré cette intervention, le prolapsus se produisit rapidement.

Chez un autre malade de Philipps, ce chirurgien avait fait une périnéorraphie pour remédier à un prolapsus complet avec rectocèle et cystocèle; mais la récidive ayant eu lieu, on discuta s'il n'était pas à propos de recourir à l'opération d'Alquié-Alexander. La malade étant très grasse, on reconnut qu'il serait très difficile d'aller à la recherche des ligaments ronds, on fit l'hysterropexie et le résultat fut très favorable.

Une observation fort intéressante, due à Muller, relate le cas d'une femme chez laquelle il fit tout d'abord une colpo-

périnéorraphie pour remédier à un prolapsus complet de l'utérus et du vagin avec cystocèle ; mais cette intervention n'ayant amené aucune amélioration, il fit une laparatomie, amputa les deux tiers supérieurs de l'utérus, fixa le restant dans la plaie et, malgré cela, le prolapsus vaginal se reproduisit.

Enfin, Kuhn rapporte, à son tour, un fait peu consolant d'une jeune femme de 27 ans, atteinte de prolapsus complet de l'utérus et du vagin, pour lequel une élytrorraphie, pratiquée le 7 janvier, n'ayant produit aucun résultat, il fut nécessaire de faire, un an après, une colpopérinéorraphie, puis, le 11 juillet de la même année, une laparatomie avec amputation du fond de l'utérus. Le chirurgien ne pénétra pas dans la cavité utérine, et fixa le fond de l'organe à la paroi abdominale. Le résultat fut bon, mais le 13 décembre de la même année, il fallait compléter l'opération par une élytrorraphie et une colpopérinéorraphie.

Dans une seule observation due à Terrier, le col apparaissait à la vulve avec un léger degré de cystocèle et de rectocèle, l'hysterropexie seule fut pratiquée et donna un excellent résultat.

Dans les autres cas, ou bien le résultat n'a pas été favorable au point de vue de la disparition de l'infirmité, ou bien la malade est morte d'une péritonite, immédiatement après l'intervention opératoire.

L'hysterropexie reste donc en litige devant un dossier qui n'est pas considérable, il est vrai, mais qui est loin d'être encourageant.

A son sujet, nous n'avons pas non plus les résultats éloignés de l'opération, et malgré certaines particularités intéressantes consécutives, telles que l'apparition des règles au niveau de la cicatrice abdominale, comme dans l'observa-

tion de Muller, nous n'avons pu relever les conséquences éloignées de l'hysterropexie dans la grossesse; ce n'est donc que par induction qu'il nous est permis de tirer les conclusions.

La question se pose, en effet, ainsi : Quelles sont les modifications que peut apporter à la marche et à l'issue d'une grossesse la fixation de l'utérus à la paroi abdominale? Nous sommes autorisé, ce nous semble, à conclure des cas similaires pathologiques. Nous savons que, lorsque la grossesse évolue dans un utérus bridé par des adhérences péritonitiques anciennes, deux choses sont possibles : ou bien le fœtus n'arrive pas à terme et la mère avorte dans les premiers temps, ou bien,si l'enfant arrive à terme, une hémorragie, bien souvent très grave, vient compliquer l'accouchement. Dans le premier cas, en effet, il y a obstacle au développement de la matrice, et dans le second cas, opposition à son retrait; de là l'explication des deux accidents signalés. L'hysterropexie ne réalise-t-elle pas mécaniquement les conditions de la péritonite, et cette fixation de tout le seg ment antérieur de l'utérus à la paroi abdominale ne suffit-elle pas pour s'opposer au développement et au retrait de l'organe? Je me le demande, et il est regrettable que je n'aie pu trouver d'observations qui m'auraient permis d'établir très nettement ce point capital.

Freund, de Strasbourg, a fait connaître au Congrès de gynécologie de Fribourg (juin 1889) une nouvelle méthode de fixation utérine qu'il est bon de rapporter ici. Il prétend que dans les prolapsus graves de l'utérus et du vagin, compliqués de hernies des intestins, on n'a proposé aucune opération spéciale; il ajoute que les méthodes utilisées, telles que colporraphie, périnéorraphie, extirpation de l'utérus, ventro-fixation de l'utérus, etc., se sont toujours montrées

insuffisantes. Dans un cas de ce genre, il expose aux membres du Congrès qu'après avoir fait une large ouverture du cul-de-sac de Douglas, il a suturé la face postérieure de l'utérus au péritoine situé au-dessous du promontoire dans les environs des ligaments utéro-sacrés. Il fait sa suture au-dessous des ligaments utéro-sacrés, de manière à éviter le rectum.

Outre que cette intervention est d'une grande difficulté et qu'elle ne peut s'appliquer, suivant la juste remarque de son auteur, que dans les cas où la cavité de Douglas est très large, les conditions d'antisepsie du vagin étant fort difficiles, n'y a-t-il pas danger à ouvrir ainsi le péritoine dans une cavité dont on n'est pas sûr d'avoir obtenu la parfaite stérilisation?

Telles sont les trois interventions classiques et raisonnées dirigées contre le prolapsus utérin. Je ne parlerai que pour mémoire de l'hystérectomie vaginale proposée par Richelot. Son observation a subi les critiques qu'elle méritait; en quoi, en effet, l'hystérectomie s'imposait-elle en ce cas compliqué de cystocèle et de rectocèle? N'y avait-il pas lieu de penser que cette intervention serait insuffisante et qu'il faudrait avoir consécutivement recours à une opération complémentaire? Ce qui eut lieu, du reste. L'hystérectomie fut pratiquée le 25 juillet 1886; le 1er septembre de la même année, cystocèle et rectocèle reparaissaient. Il fallait faire un cloisonnement vaginal pour remédier définitivement à l'infirmité de cette malade. L'hystérectomie pratiquée en premier lieu peut donc être considérée comme une opération inutile, puisqu'il a fallu recourir au cloisonnement pour obtenir un résultat durable. Ce fait restera donc comme le témoin d'une hardiesse chirurgicale que l'on ne devra pas imiter, et l'hystérectomie pour prolapsus vaginal me semble devoir

être désormais effacée du cadre du traitement chirurgical de cette maladie.

M. Thomas, de Tours, présentait en 1884, à la Société de chirurgie, le rapport d'un fait de prolapsus utérin dans lequel il fit une ablation partielle de l'utérus par la ligature élastique. Il me paraît essentiel de rapporter le fait dans toute son intégrité : « Une femme de quarante ans avait depuis deux ans un prolapsus utérin incomplètement maintenu par un pessaire; quinze jours avant son entrée à l'hôpital, l'utérus sort de la vulve au moment d'un effort, réduit par la malade, qui continue cependant à faire son travail pendant douze jours. A son entrée, on trouve l'utérus un peu gros appliqué sur le périnée, le fond répondant à l'anus, et le col à la vulve; en avant, le doigt peut pénétrer dans le vagin qui forme un cul-de-sac de trois centimètres; en arrière, il n'y a plus de cavité vaginale, l'urètre est dévié, il n'y a pas de rectocèle. Malgré quelques stries de sphacèle, la réduction est tentée sous le chloroforme, mais le cul-de-sac vaginal postérieur se déchire et le doigt pénètre dans la cavité péritonéale. M. Thomas passe alors une anse de caoutchouc dont le plein répond au périnée, et dont il passe les bouts au-dessus du col, séparant ainsi de ce dernier les trois-quarts supérieurs du corps utérin. Les suites furent très simples et l'état général resta excellent. Au bout de quelques jours, la résection fut complétée avec des ciseaux; la réduction se fit spontanément, l'anse de caoutchouc tomba et la malade fut complètement guérie de son prolapsus. »

Il est bien nécessaire d'établir que, dans ce cas, il n'y avait pas de rectocèle : le résultat a été très satisfaisant; c'est cependant grâce à l'hystérectomie que la guérison a été obtenue. Que celle-ci, en effet, soit fournie par la méthode

sanglante ou par la méthode élastique, la suppression de l'organe en est le dernier terme. L'avantage de la méthode élastique, dans ce dernier cas, a été de ne détruire qu'une partie de la matrice et de ne pas ouvrir la cavité péritonéale.

Quoi qu'il en soit, est-il permis de considérer l'ablation partielle ou totale de la matrice comme une méthode de choix? Je répondrai négativement à cette question, l'observation de Richelot avec son intervention secondaire démontre péremptoirement que l'hystérectomie a été inutile. Quant à l'hystérectomie par la ligature élastique, elle présente un grand nombre d'inconvénients; d'abord, le chirurgien est-il bien sûr que la constriction ne portera que sur l'organe qu'il veut faire disparaître? Cela est bien difficile à affirmer, lorsqu'il s'agit de prolapsus utérin, que le lien porte en avant ou en arrière sur une partie de vessie ou de rectum, à quels accidents ne s'expose-t-on pas et à quelles graves infirmités n'entraîne-t-on pas sa malade? J'admets bien que dans le fait de M. Thomas le résultat définitif a été satisfaisant, mais n'y a-t-il pas matière à critique dans cette observation?

Cette femme entre à l'hôpital, paraissant ne pas souffrir de son prolapsus qui, s'étant produit quinze jours avant son arrivée, lui a permis pendant douze jours de se livrer à ses occupations. Du reste, le chirurgien de Tours n'insiste nullement sur ce symptôme : il n'en est pas dit un mot dans tout le cours de son observation. Il y a quelques stries de sphacèle au niveau de l'utérus, on chloroformise la malade, on tente la réduction et, après des efforts nombreux, le cul-de-sac vaginal postérieur se déchire et le doigt pénètre dans la *cavité péritonéale*. Voilà donc le péritoine ouvert; il semble qu'à ce moment les précautions les plus minutieuses d'antisepsie devaient être prises, puisque l'utérus était au début d'un sphacèle et qu'une sanie purulente était au seuil

du péritoine. Mais M. Thomas fait la ligature élastique sans nous dire si des précautions antiseptiques furent prises, si l'on songea un instant à cette plaie péritonéale, à cette porte ouverte à l'infection. Malgré cela, la malade guérit, et son prolapsus, ajoute l'observation, ne se reproduisit plus. N'y avait-il pas lieu, dans ce cas particulier, de respecter la marche prise par la nature, laisser le sphacèle utérin se limiter, en déterger chaque jour la sanie purulente par des lavages et des pansements antiseptiques, et lorsque ces accidents auraient disparu, de voir ce qu'était devenu le prolapsus et discuter la ligne de conduite à suivre, nos données modernes d'antisepsie nous inspirant les plus vives angoisses à la pensée d'un péritoine ouvert au contact d'un foyer de gangrène et par un doigt chirurgical imprégné de liquide purulent.

Doléris nous paraît avoir bien élucidé cette question clinique du prolapsus utérin et de son traitement chirurgical dans les considérations qu'il a exposées au Congrès français de chirurgie, en 1888.

Dans une étude basée sur trente cas de déplacements utérins, dans lesquels on retrouve la combinaison des opérations plastiques avec le raccourcissement des ligaments ronds, l'habile gynécologue range dans trois ordres les conditions d'équilibre physiologique de l'utérus : 1° l'appareil de suspension, ligaments de l'utérus et adhérences de cet organe à la vessie; 2° l'appareil de support, parois osseuses et musculaires du bassin; 3° la musculature, la substance même de l'utérus. Qu'un de ces trois éléments vienne à être affaibli ou modifié, on verra se produire une déviation.

Il ajoute avec un grand sens chirurgical qu'à ces causes multiples doivent correspondre des traitements multiples,

et on comprend que les opérations plastiques sur le vagin ne puissent modifier la position de l'utérus. Le raccourcissement des ligaments ronds ne réalise pas sa suspension comme on l'a dit, mais l'assujettit dans sa solidarité normale avec la vessie, qui est son soutien naturel.

Du reste, il faut distinguer quelle est la nature du prolapsus, se demander si l'appareil ligamenteux seul est en cause; savoir s'il n'y a pas d'inflammation utérine et périutérine, s'il n'existe pas d'hypertrophie du col. On devra se poser ces questions et y répondre sans difficulté après un examen clinique attentif.

Dans les cas les plus complexes, il faut faire le râclage pour guérir l'endométrite, y joindre la colporraphie antérieure et la colpopérinéorraphie postérieure au raccourcissement des ligaments ronds pour obtenir un résultat favorable.

Ainsi posée, la question du traitement du prolapsus utérin nous paraît se mouvoir dans le cycle clinique avec les déductions qu'imposent les principaux symptômes présentés par la maladie et la malade.

IV

L'opération d'Alquié-Alexander est sans nul doute celle qui paraît la plus bénigne et qui réserve à la femme ses triples droits à la menstruation, au coït et à la grossesse; elle domine donc la thérapeutique du prolapsus utérin chez la femme jeune, je dis même qu'elle doit être employée dans tous les cas et que c'est par elle qu'il faudrait attaquer tous les prolapsus : avec une antisepsie bien faite, elle offre

une grande innocuité. On a bien dit que la découverte des ligaments ronds était difficile; ce n'est pas une raison suffisante : le chirurgien ne peut espérer trouver toujours devant lui une besogne facile. De plus, la friabilité de ces organes, leur déchirure ont bien souvent empêché de terminer l'opération; mais, dans aucun cas, à moins de tiraillements, cet accident ne s'est produit. Il appartient donc à l'opérateur d'apporter dans ce temps délicat une prudence extrême pour parer à cette complication. D'après l'examen de nos observations, le seule contre-indication essentielle de l'opération Alquié-Alexander, c'est la péritonite antérieure. En effet, les tiraillements exercés, outre qu'ils ne donneront aucun résultat pour mobiliser un utérus enclavé dans des adhérences, tirailleront sur ces adhérences, détermineront des hémorragies comme dans le cas d'Alexander et produiront des réveils intenses de péritonite sans amener aucun résultat au point de vue opératoire.

Dans les autres cas, cette opération devra toujours être tentée. Nous savons bien, et nos observations sont là pour nous le rappeler, que cette méthode ne suffit pas pour produire la guérison constante et que des interventions secondaires ont été nécessaires pour obtenir ce résultat. On nous dira que le raccourcissement des ligaments ne suffit pas, qu'il faut encore que la malade porte un pessaire de Hodge longtemps après avoir subi son opération; peut-on, malgré cela, incriminer une méthode qui laisse la femme à même de pouvoir satisfaire librement à ses trois fonctions de menstruation, de coït et de grossesse? Mais on va me faire cette objection : Alexander, dans trois de ses opérations, dut faire des interventions secondaires. Je l'admets; aussi ai-je bien le soin de poser en principe que cette méthode doit être employé de préférence, mais je me hâte de dire

qu'il faut être éclectique. De même qu'un allongement hypertrophique du col doit être enlevé, alors que l'opération d'Alquié-Alexander a rétabli la situation de la matrice comme dans le fait du professeur Lanelongue, de même je ne vois aucune difficulté à ce que l'on associe le cloisonnement vaginal, s'il est nécessaire, au raccourcissement des ligaments ronds. Quel inconvénient y a-t-il, surtout chez la femme qui, par son âge, vit en dehors des péripéties génitales? si ce n'est de consolider encore mieux le prolapsus.

L'examen des faits démontre qu'il ne faut pas faire le choix de l'une ou de l'autre de ces méthodes pour lutter contre le prolapsus; il ne faut pas penser non plus que le chirurgien ait le choix d'appliquer suivant ses goûts ou son tempérament le procédé de Lefort ou d'Alquié-Alexander, d'autres n'acceptant que l'hysterropexie. Agir ainsi ne serait pas chirurgical, et comme l'indiquait Doléris, il faut baser sa conduite suivant les indications des cas que l'on rencontre.

Le cloisonnement vaginal, allié au raccourcissement des ligaments ronds, ne fait-il pas office de pessaire? Je sais bien que l'accusation formulée au sujet de l'impossibilité de pratiquer le coït subsiste tout entière, mais ne voyons-nous pas dans les faits d'Hicguet, d'Eustache, cette fonction s'accomplir fort bien. Quant aux menstrues, le reproche n'existe pas, puisque ces deux conduits latéraux en permettent le facile draînage. Il ne reste donc plus qu'une objection qui, à notre avis, est très importante, celle de la grossesse. En traitant cette question dans une autre partie de notre travail, nous disions qu'à part le traumatisme obligatoire que le chirurgien était obligé d'accomplir en ce moment et le champ qu'il ouvrait à l'infection, nous nous demandions si la récidive du prolapsus n'était pas imminente? Mais ici,

ne l'oublions pas, le cloisonnement vaginal n'a plus été qu'une opération secondaire venant en aide au raccourcissement ligamenteux à qui, lui seul, assurera peut-être la stabilité utérine.

Que devient l'hysterropexie avec ses dangers opératoires et son avenir défavorable au point de vue de la grossesse et de l'accouchement? Doit-on l'abandonner et la proscrire à jamais des cadres opératoires? Elle reste l'intervention ultime des cas désespérés, des prolapsus récidivés pour lesquels les deux autres méthodes n'auront donné aucun résultat; mais nous ne pensons pas qu'elle doive, dans aucun cas, être employée sans qu'on ait eu recours aux deux premières. En présence d'un calcul dans la vessie, le chirurgien propose-t-il d'emblée la cystotomie? non, il apprécie le volume, la consistance du calcul, et s'il lui est permis par ces différents renseignements de penser que la lithotritie est possible, elle est la première opération qu'il proposera à son malade. Mais si la lithotritie ne suffit pas, si le calcul ne se brise pas, il lui reste la cystotomie comme dernière ressource. Telle devra être sa conduite au sujet du prolapsus. S'il a tout lieu de penser que le raccourcissement des ligaments lui permettra de redresser l'utérus alors même qu'il serait contraint de faire complémentairement une opération sur le périnée ou le vagin, il proposera d'emblée ces actes opératoires à sa malade, et si, malgré ses prévisions, le résultat n'est pas conforme à ses désirs, l'hysterropexie reste comme dernière cartouche.

Je ne reviendrai pas sur l'opération de Freund, de Strasbourg. J'ai indiqué, à son lieu et place, les motifs qui me faisaient avoir une certaine aversion pour cette méthode. Je ne reparlerai pas non plus de la ligature élastique de Thomas, de Tours, qui, malgré le résultat heureux qui en a été la conséquence, me paraît aveugle et dangereuse.

Deuxième Partie

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(INÉDITE)

Allongement hypertrophique du col et prolapsus utérin. — Amputation conoïde du col et opération d'Alexander. — (Par M. le professeur LANELONGUE, de Bordeaux.)

Carmen G..., née à Lima (Pérou), 40 ans, ménagère, entrée le 23 mai 1889 à l'hôpital Saint-André, service de M. le professeur Lanelongue, pour une affection de la matrice.

Antécédents héréditaires. — Son père s'est suicidé; sa mère est morte dans un asile d'aliénées à l'âge de 36 ans. Elle ne peut nous fournir aucun renseignement sur la santé de ses parents : elle n'a pas connu son père; elle n'avait que quatre ans quand elle a perdu sa mère. Ni frères, ni sœurs.

Antécédents personnels. — Nourrie par sa mère, elle a toujours été en bonne santé pendant son enfance. A l'âge de 8 ans, elle a eu des accès d'impaludisme (type tierce) pendant un an; ces accès ont cessé lorsqu'elle a quitté le Pérou pour venir en France, où elle a toujours habité depuis cette époque. Réglée à 10 ans, elle l'a été d'abord d'une façon régulière; mais à 11 ans, elle a eu de la leucorrhée et de l'anémie pendant plusieurs mois. A 18 ans, elle fut atteinte d'une fluxion de poitrine dont la convalescence

fut longue. Mariée à 28 ans, elle n'a jamais eu d'enfants; jamais elle n'a été enceinte. A l'âge de 25 ans, elle se fit une pointe de hernie à la suite d'un violent effort pour soulever un matelas et une couette. Cette hernie est restée peu volumineuse, grâce à l'application constante d'un bandage.

Enfin, ce n'est que quelques mois après son mariage qu'elle a éprouvé les premiers symptômes de sa maladie. Elle a ressenti tout d'abord des douleurs dans le bas-ventre, des coliques violentes sans diarrhée et une sensation de tiraillement dans toute la région inférieure de l'abdomen, surtout quand elle est restée debout pendant longtemps ou qu'elle s'est un peu fatiguée; en même temps elle avait des pertes blanches abondantes présentant les caractères de celles que l'on observe dans la métrite chronique. Elle constatait à la même époque que son appétit diminuait, que sa digestion se faisait péniblement, et que sa constipation, devenue de plus en plus opiniâtre, s'accompagnait de ténesme rectal. Les mictions devenaient de plus en plus fréquentes et ce n'était qu'avec peine qu'elle parvenait à uriner; les faux besoins d'aller à la garde-robe se répétaient à intervalles de plus en plus rapprochés.

Pendant que ces divers symptômes apparaissaient ou augmentaient d'intensité, son utérus s'abaissait de plus en plus et venait faire saillie entre les grandes lèvres, ce qui la gênait beaucoup quand elle voulait s'asseoir.

Tel était son état à l'âge de 34 ans, époque à laquelle elle vint une première fois à l'hôpital Saint-André. Elle fut placée dans la salle n° 2, où on lui fit un cloisonnement du vagin. L'intervention chirurgicale fut suivie d'une péritonite, dont elle souffrait encore six mois après. Elle sortit de l'hôpital sans que son état se fût amélioré, l'opération qu'elle avait subie n'ayant donné aucun résultat. Elle refusa une nouvelle intervention et se contenta de porter un pessaire qui fut, d'ailleurs, absolument inefficace.

Deux ans après cette opération, elle eut une seconde péritonite qui ne dura que deux mois.

De 36 à 40 ans, les divers symptômes que nous avons signalés ne font que s'aggraver; il lui est impossible de travailler pour gagner sa vie : elle se décide à entrer une seconde fois à l'hôpital Saint-André.

A son arrivée dans le service de M. le professeur Lanelongue, elle présente les symptômes suivants :

L'exploration directe nous montre l'existence d'une tumeur extérieure, de forme globuleuse, allongée suivant son diamètre vertical, renflée à son extrémité inférieure et présentant assez exactement l'aspect d'un battant de cloche. Elle fait une saillie d'environ 0^m7 centimètres de longueur hors de la vulve; son volume est à peu près égal à celui d'une mandarine. Le sommet de cette tumeur est formé par le museau de tanche, à l'orifice duquel on voit sourdre des mucosités glaireuses. Cette tumeur est d'une consistance assez dure; elle n'est pas douloureuse par elle-même, mais par la gêne qu'elle occasionne et par son poids. — En introduisant un hystéromètre dans l'utérus, on pénètre à une profondeur de 0^m12 centimètres, ce qui démontre l'allongement considérable du col.

Au toucher, on trouve que la cavité vaginale n'existe plus. En avant, la paroi antérieure du vagin est presque tout entière projetée à l'extérieur : elle recouvre le col à la façon d'un gant. En arrière, il en est de même; le prolapsus du vagin n'est pas aussi considérable et la cavité vaginale existe encore, mais ses dimensions sont très réduites.

Il est impossible de refouler complétement la tumeur à l'intérieur de la vulve, et cette réduction incomplète ne se maintient pas; dès qu'on retire le doigt, la tumeur vient de nouveau faire saillie hors de la vulve.

Le cathétérisme de la vessie révèle un certain degré de cystocèle; il n'y a pas de rectocèle.

Le diagnostic bien établi par les symptômes que nous avons indiqués, M. le professeur Lanelongue se décida à intervenir en pratiquant en même temps l'amputation conoïde du col, d'après la méthode de Huguier, et l'opération d'Alexander.

Ces deux opérations ont été faites le 28 mai 1889.

Après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires et endormi la malade, l'utérus a été abaissé à l'aide d'une pince, et une incision circulaire sur le col, recouvert des parois vaginales, a été faite aussi haut que possible. Amputation conoïde du col. Suture de la muqueuse vaginale paroi contre paroi, sauf au niveau de la partie médiane, pour permettre l'issue des liquides de l'utérus.

La réduction de la tumeur est alors facile, et tandis qu'elle est maintenue par un aide, M. le professeur Lanelongue fait l'opération d'Alexander, pour remédier au prolapsus utérin; raccourcissement des ligaments ronds

qui sont pelotonnés au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, suture profonde, suture superficielle. Pansement sec à la gaze iodoformée et à la ouate salicylée.

Enfin, on introduit dans le vagin un tampon d'ouate salicylée recouvert de poudre d'iodoforme. La malade, rapportée dans la salle, s'est éveillée sans la moindre difficulté; elle n'a pas eu de fièvre : sa température est toujours restée normale, sauf le cinquième et le sixième jour, où elle a atteint 38°. La réunion des deux incisions abdominales s'est faite par première intention, sans la moindre suppuration. On n'a fait que deux pansements identiques au premier, le sixième et le quatorzième jour.

Chaque jour on a fait dans le vagin des injections antiseptiques à l'eau boriquée, et on a renouvelé le tampon iodoformé.

Etat actuel (17 juin). — Les plaies résultant de l'intervention chirurgicale sont absolument guéries : le prolapsus utérin a disparu, les douleurs du bas-ventre ont cessé, il en est de même de leurs irradiations au niveau de la région lombaire; l'appétit est revenu, les fonctions digestives s'accomplissent très bien ; la miction est devenue facile, la malade a encore quelques pertes utérines ; l'état général est excellent.

Enfin, il ne reste plus qu'un léger prolapsus de la paroi antérieure du vagin et de la vessie, ce qui nécessitera une nouvelle intervention complémentaire.

OBSERVATION II

(IN-THÈSE DE MANRIQUE, PARIS, 1886)

Prolapsus de l'utérus.— Cystocèle et rectocèle. — Insuccès d'une première tentative de raccourcissement des ligaments ronds. — Seconde tentative, suivie de succès. — Elytrorrhaphie et colporrhaphie un mois après. — Guérison. — (Par le docteur W. ALEXANDER.)

Femme de 35 ans, qui entra à l'hôpital le 2 juin 1885. Elle souffrait d'un prolapsus complet de l'utérus, compliqué d'une cystocèle très marquée et d'un certain degré de rectocèle. En réduisant le prolapsus, on voit qu'on peut, sans difficulté, introduire dans le vagin le poing fermé, tant il est dilaté. En faisant pousser la malade, pendant que le poing est dans le vagin, on voit la membrane muqueuse du rectum sortir à travers l'anus. Tout le diaphragme pelvien est relâché et incapable d'opposer une résistance efficace aux organes qui pressent sur lui. Les pessaires étaient expulsés avec force aussitôt après leur insertion, juste au moment où la malade quittait la table à spéculum.

Dans une première tentative de raccourcissement des ligaments ronds, faite par un autre chirurgien de Liverpool, on ne put ramener l'utérus à sa place normale ; et de là l'opérateur avait conclu à l'existence d'adhérences qui immobilisaient l'utérus.

Le 2 juin 1885, cette malade entra dans le service de Liverpool-Workhouse. On constata les faits suivants : l'utérus sortait facilement à travers l'ouverture vulvaire et pendait entre les cuisses de la malade, sur une longueur de 6 pouces (près de 13 centimètres). Elle ne pouvait marcher qu'au prix des plus grandes souffrances. Après la marche, la miction était très difficile. La cystocèle et la rectocèle étaient très developpées.

La malade a une bronchite chronique, pour laquelle elle a été soignée

dans un autre service du même hôpital, pendant les mois qui ont précédé son entrée en chirurgie.

L'utérus étant mobile, on décida de chercher, à nouveau, les ligaments ronds.

10 juin. — Le ligament gauche a été facilement trouvé et raccourci sur une longueur d'un peu plus de 3 pouces. Ce ligament avait un diamètre égal à un quart de pouce, et la traction exercée sur lui amenait l'élévation de l'utérus, en même temps que la rentrée de la cystocèle et de la rectocèle dans le vagin.

On fit une incision sur la cicatrice du côté opposé, mais il fut impossible de trouver le ligament droit au milieu du tissu cicatriciel qui remplissait le trajet inguinal.

On se contenta donc de fixer le ligament gauche, raccourci de 6 centimètres, aux deux piliers correspondants à l'aide de points de suture perdue, faits avec le *silkroom-gut*. On fit la suture cutanée, et on laissa dans la plaie un petit tube de drainage. Pansement de Lister. Application d'un pessaire de Hodge.

Suites de l'opération. — Après l'opération, la malade a dormi un peu, elle n'a pas eu de vomissements. A 6 heures du matin, on la fit uriner avec le cathéter. Elle but de l'eau glycérinée avec de la glace.

La nuit fut très bonne.

11 juin. — T. M. 37°4; S. 37°8. — Les plaies causent quelques douleurs. La malade se plaint surtout de fatigue. Dans la journée, elle n'a pris que du lait. Vers 6 heures du soir, on lui fit une injection hypodermique d'atropine et de morphine pour calmer les douleurs dont elle se plaignait. Elle passa une bonne nuit.

12 juin. — T. M. 37°3: S. 37°4. — Pansement, fait par le docteur Alexander lui-même. On constate un peu de suppuration dans la plaie gauche.

Le drain est raccourci. — On ne fait plus le cathétérisme vésical.

13 juin. — M. 37°; S. 37°4. — On refait le pansement. La suppuration n'est pas aussi abondante qu'hier. La malade est de très belle humeur. Elle n'a pas dormi beaucoup. Pour la première fois, elle va à la selle.

14 juin. — M. 36°6; S. 37°2. — La malade réclame sa tisane à la glycérine, car elle prétend en être très soulagée de sa bronchite chronique.

15 juin. — M. 36°8 ; S. 37°. — Pansement.

17 juin. — M. 36°8, S. 37°2. — Pansement. Le drain est enlevé, la suppuration étant presque nulle. La malade mange un demi-poulet.

21 juin. — Température normale. On a changé les draps de lit, la malade a attrapé froid ; sa bronchite a subi une recrudescence. Elle se plaint de points de côté. Médication expectorante.

30 juin. — La malade est complètement guérie de la poussée de bronchite. Les plaies sont entièrement cicatrisées. L'utérus est dans la position qu'on lui a donnée le jour de l'opération, mais la cystocèle et la rectocèle dépassent encore la vulve.

Dans la crainte que les tractions exercées par ces deux organes prolabés (vessie et rectum) ne puissent pas être contre-balancées par le seul ligament rond raccourci, on décida de faire une seconde opération ayant pour but de parer au prolapsus vaginal.

1^er^ juillet. — La malade a été opérée, après avoir été mise sous l'influence du chloroforme. On a pratiqué de la manière suivante l'avivement et l'excision d'une partie du vagin :

A l'aide d'une incision transversale, pratiquée entre le méat urinaire et l'orifice vulvaire, on a fait une ouverture capable de permettre l'introduction du doigt de l'opérateur. Tandis qu'avec une pince on tirait en arrière la paroi supérieure du vagin, le chirurgien séparait avec le doigt cette paroi de ses connexions intimes avec les parties profondes. Le décollement de la paroi vaginale a été prolongé jusqu'au voisinage du col de l'utérus ; l'opérateur ne s'est servi, exclusivement, que du doigt pendant ce temps de l'opération, afin de se mettre absolument à l'abri du danger de blesser le canal de l'urètre ou la vessie. Il fendit ensuite longitudinalement la paroi vaginale dans toute l'étendue de son décollement, puis réséqua sur chacun des lambeaux muqueux ainsi obtenus une bande ayant un pouce de largeur (2 cent. 50 environ). Les lèvres de la plaie ainsi produites furent alors ramenées vers la ligne médiane à l'aide de points de suture (*silkroom-gut*). Cela fait, on procéda à l'avivement de la fourchette, en faisant remonter l'incision de chaque côté de l'orifice vaginal jusqu'à 2 centimètres du méat urinaire. La paroi postérieure du vagin fut décollée du périnée et du rectum, dans une étendue de 4 centimètres, et refoulée en haut, après quoi on réunit les lèvres de l'avivement vulvaire par la suture faite au *silkroom-gut*. On laissa un drain dans le vagin.

Comme seul pansement, on mit une couche de coton hydrophile, maintenue en place par un bandage en T. On prescrivit de faire dès le lendemain des lavages, une ou deux fois par jour, avec la solution de sublimé à 1 p. 1000.

Le chloroforme a amené des vomissements qui se sont répétés à intervalles rapprochés pendant toute la journée et la première partie de la nuit. Les douleurs, dont l'opérée se plaignait à son réveil, ont été calmées par une injection hypodermique de morphine et d'atropine. Glace et limonade gazeuse. T. S. 37°2. Cathétérisme vésical.

2 juillet. — T. M. 37°8; S. 38°3. Pansement. Il s'est écoulé par le vagin une assez grande quantité de liquide mucopurulent.

La malade se plaint de mal au cœur. Elle a uriné spontanément, et l'urine est légèrement teintée de sang. Les vomissements ont continué jusque dans l'après-midi d'aujourd'hui.

3 juillet. — T. M. 37°3; S. 37°7. Pansement. On enlève le tube du vagin. Il y a un abondant écoulement de pus, qui sort librement. Le soir, la malade est très fatiguée et son état l'inquiète beaucoup. Injection hypodermique. Passe une bonne nuit.

4 juillet. — T. M. 37°2; S. 38°. La malade va très bien. La suppuration a diminué et sa coloration est plus foncée. La toux détermine un certain degré de douleur abdominale, mais qui ne la gêne pas beaucoup. Elle n'est plus inquiète de son état. Dort bien. Pendant les jours suivants, la température a été normale, et la malade s'est trouvée en très bon état.

20 juillet. — On enlève les sutures de la plaie vaginale. La cicatrice a été complète dans toute la hauteur de la plaie.

Deux jours après, la malade a commencé à se lever. Son état général ne laisse rien à désirer. Elle dort bien et perd à peine une petite quantité de liquide muqueux par le vagin. La cystocèle et la rectocèle ont disparu complètement, ce dont on peut s'assurer en faisant pousser la malade pendant qu'on examine les organes. L'utérus a donc récupéré ses supports inférieurs, et le ligament rond, raccourci, n'aura dorénavant d'autre fonction que celle de maintenir l'équilibre de la matrice. Les règles se sont présentées une fois, sans s'accompagner d'aucune souffrance.

7 septembre. — La malade quitte l'hôpital, se trouvant complètement guérie de son prolapsus et de tous les accidents qu'il avait produits.

24 décembre. — La patiente est venue faire savoir à son chirurgien que depuis qu'elle avait quitté l'hôpital elle jouissait d'une parfaite santé. La bronchite chronique a disparu. Elle n'a plus de mal aux reins. Pas d'altérations des fonctions urinaires.

Le vagin ressemble à celui d'une vierge, avec la seule différence que la muqueuse est un peu plus lâche que chez les vierges. L'utérus est à sa place normale, et, par le toucher, on sent le col de l'organe au même endroit où on le trouve habituellement chez une femme bien constituée. Depuis qu'elle a quitté l'hôpital, elle a travaillé rudement. Épreuve qui fait généralement échouer les opérations pratiquées contre le prolapsus, lorsqu'elles portent sur le périnée ou sur le vagin seulement.

Dans un cas comme celui-ci, le raccourcissement des ligaments n'aurait pas suffi pour amener la guérison du prolapsus, car ces organes n'auraient pas été capables de résister aux tractions auxquelles les exposait l'énorme prolapsus du vagin, de la vessie et du rectum.

Il ne peut rester aucun doute sur le bénéfice que cette malade a retiré des opérations qu'on lui a faites. Depuis quatre ans, elle ne pouvait gagner sa vie (*earn her living*), tout travail physique lui étant impossible par son prolapsus. Pendant ces quatre ans, elle a souffert sans interruption, et à tel point qu'elle souhaitait la mort. Il était impossible d'employer les pessaires.

Aujourd'hui, elle peut travailler toute la journée, et on peut prévoir chez elle une vie longue et utile.

OBSERVATION III

Prolapsus de l'utérus compliqué d'ulcération de la vulve et du périnée. — Prolapsus recti. — Raccourcissement des ligaments ronds. — Suture vagino-péritonéale. — Guérison. — (Par le docteur W. Alexander.)

R. M. Don, mariée et âgée de 38 ans, a été admise à l'hôpital le 18 mai 1885 ; elle est atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus. Le col utérin est ulcéré ; la fourchette périnéale est occupée par une large ulcération, et, en différents points du vagin, on trouve aussi des ulcérations. La muqueuse rectale est prolabée. Le spectacle qui s'offre au chirurgien, lorsqu'il fait écarter les cuisses de la malade, est vraiment lamentable. La malade ne peut retenir ses matières, qui sortent à son insu. Elle dit qu'elle est venue à l'hôpital dans le seul but de mourir tranquillement. On a ordonné ce jour-là le repos le plus complet au lit, un bain et des embrocations sur les parties malades avec de l'huile phéniquée.

Quelques jours après, la malade a fourni les renseignements suivants : elle a cinq sœurs et un frère, tous bien portants. Elle a eu quatre enfants, dont le plus jeune est âgé de 17 ans.

Depuis plusieurs années, dit-elle, elle a un abaissement de la matrice, mais ce n'est que depuis 12 mois que l'utérus est sorti pour la première fois entre les grandes lèvres. Elle a mené une vie très irrégulière. Porte des traces de syphilis et aime beaucoup les boissons alcooliques. Un médecin a essayé de la guérir par l'emploi des pessaires; mais, après plusieurs tentatives infructueuses, il a déclaré « qu'on ne pouvait rien faire pour elle. »

A son entrée à l'hôpital, on a éloigné toute idée d'une intervention chirurgicale immédiate. Pendant trois mois, la malade a été soumise à un traitement antisyphilitique (KI), bonne nourriture, soins de propreté bien

dirigés, huile de foie de morue. Tout cela dans le but de placer la malade en bonnes conditions, pour pratiquer une opération.

Pendant la durée de ce régime (3 mois), elle a eu deux ou trois fois des symptômes d'embarras gastrique fébrile qui ont duré deux ou trois jours.

Le 2 septembre, la malade a été mise sous l'influence du chloroforme, et on a pratiqué le raccourcissement des deux ligaments ronds. On en a raccourci trois pouces de chaque côté. Pansement iodoformé. A l'époque de cette opération, l'ulcération du col était cicatrisée, mais le vagin et la fourchette étaient encore ulcérés. Durant les suites de l'opération, la malade a eu une seule fois une température très élevée (40°), sans qu'aucune complication du côté de la plaie ait pu expliquer l'hyperthermie. On lui a donné une dose d'antipyrine, et tout est rentré dans l'ordre. Le pansement antiseptique a été renouvelé chaque trois jours jusqu'au 29 septembre, époque à laquelle la cicatrisation des plaies était complète.

L'utérus s'est maintenu dans la position qu'on lui avait donnée le jour de l'opération, mais le relâchement du périnée faisait craindre la reproduction du prolapsus, quand la malade commençait à marcher. Ces craintes ont déterminé à faire une opération sur le vagin et le périnée, analogue à celle pratiquée dans le cas précédent. (Observation II.)

Après qu'on eut fait la suture le long de la paroi supérieure du vagin, ce qui fut fait le 17 octobre 1885, le méat urinaire se déroba derrière le pubis; et, en raison de cette circonstance, on ne fit pas le cathétérisme vésical pendant les jours qui suivirent l'opération, dans la crainte que cette manœuvre ne pût empêcher la cicatrisation des surfaces avivées.

Plusieurs chirurgiens qui étaient présents à cette opération ont déclaré n'avoir jamais vu un cas aussi défavorable. Et ceux qui ont vu la malade avant l'opération déclarèrent que si le raccourcissement des ligaments ronds pouvait rendre service dans un cas comme celui-là, il n'y aurait pas à l'avenir de cas qui pût n'être pas justiciable de cette opération.

Le soir de l'opération, la malade a pris deux pilules de morphine. T. S. 37°2. Pendant le 8, le 9 et le 10 octobre, la température a oscillé entre 37° et 37°5. Elle a très bien dormi. La miction s'est faite spontanément et sans inconvénient aucun. Il s'écoule par le vagin une abondante quantité de liquide muco-purulent. Le vagin a été lavé avec une solution de sublimé à 1 p. 1000.

12 octobre. — T. normale. La malade tousse un peu. Elle a perdu un peu de sang par le vagin. On lave la plaie avec de l'eau phéniquée glacée, et on applique une couche de coton sur le périnée qu'on maintient avec un bandage en T. L'hémorragie n'a plus reparu pendant les jours suivants.

18 octobre. — On enlève les points de suture. L'écoulement a diminué beaucoup. La malade se sent bien. Lavages au sublimé deux fois par jour.

20 novembre. — La malade se lève pour la première fois. L'utérus est à sa place normale. La cicatrice du vagin est parfaite. Aucun des organes prolabés n'a de tendance à tomber. L'état général de la malade ne laisse rien à désirer.

14 janvier. — La malade quitte l'hôpital complètement guérie. Nous attendons qu'un temps suffisamment long se soit écoulé pour déclarer la guérison définitive.

OBSERVATION IV

Prolapsus complet de l'utérus. — Cystocèle et rectocèle. — Brièveté du vagin. — Raccourcissement des ligaments ronds combiné avec la restauration des supports de l'utérus. — Guérison. — (Par le docteur W. Alexander.)

Maria B..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital le 1er septembre 1885, souffrant d'un prolapsus complet de l'utérus, accompagné de cystocèle et de rectocèle assez avancées. Le vagin de cette femme est très court.

Elle a été soignée dans le service du docteur Mac Clelland, qui l'envoya au docteur Alexander pour qu'il jugeât s'il était possible de faire une opération. La brièveté du diamètre longitudinal du vagin et le relâchement du diaphragme périnéal rendaient impossible l'emploi de moyens prothétiques quelconques chez cette malade. D'autre part, les souffrances de la malade, ainsi qu'une impossibilité presque absolue de marcher, chez cette jeune femme, dont l'avenir se présentait si sombre à cause de son prolapsus, décidèrent à tenter une intervention chirurgicale.

Au mois de mai dernier, cette fille a eu un enfant. L'accouchement a été laborieux et, dès lors, son utérus est tombé complètement. Depuis cette époque, tout travail est devenu impossible, elle éprouve des douleurs très fortes lorsqu'elle marche. Depuis qu'elle est malade, son caractère a profondément changé : elle est devenue mélancolique, irascible et a une grande tendance à l'hypocondrie.

28 septembre. — En présence de sir Spencer Wells, du docteur Mac Clelland et de plusieurs autres chirurgiens, on a mis la malade sous l'influence du chloroforme, et le docteur Alexander a pratiqué son opération sur les ligaments ronds. Chaque ligament a été raccourci sur une longueur de 3 pouces, et fixé ensuite aux deux piliers de l'anneau inguinal correspondant. Un pessaire de Hodge a été passé dans le vagin,

et on a fait un pansement iodoformé. L'opération a duré, en tout, vingt minutes.

Une demi-heure après l'opération, la malade a vomi un peu. On lui donna de l'eau glycérinée à boire. Le soir, les vomissements se sont répétés. On sonda la malade (7 h. 30 soir) et on retira 300 grammes d'urine. T. S. 37°1. Resp. 22. P. 64.

29 septembre. — La nuit a été bonne. La femme accuse un peu de douleur au niveau de sa plaie gauche. Le matin, on retire par le cathétérisme 300 grammes d'urine. Le soir, la miction a eu lieu spontanément. T. M. 37°3; S. 37°9. P. M. 81; S. 85. R. 18.

30 septembre. — Les plaies ne sont pas douloureuses. Elle a un peu de mal aux reins, ce qui probablement tient à l'établissement des règles qui ont commencé pendant la nuit.

M. 37°4; S. 37°2. — P. 70 et 74. — R. 18 et 20.

On a continué le cathétérisme vésical deux fois par jour jusqu'au 3 octobre, après quoi la malade a uriné naturellement.

1er octobre. — Pansement sous le pulvérisateur, les plaies ont très bon aspect. On change les drains pour d'autres plus minces.

Température normale.

4 octobre. — Pansement; on enlève les drains. Les plaies ont guéri par première intention.

7 octobre. — L'endroit occupé par les drains est complètement cicatrisé.

La malade est mise sous l'influence du chloroforme, et on procède à l'elytro-périnéorrhaphie par la même méthode que dans les deux cas précédents.

Rien de particulier à signaler pendant les jours qui suivirent cette opération, ni pendant l'opération elle-même.

27 octobre. — Un mois après la première opération et 20 jours après la seconde, la malade commence à vaquer à ses devoirs comme infirmière dans le service du docteur Mac Clelland, qui a pu constater jusqu'à présent la bonne position de l'utérus et l'amélioration notable qui s'est produite dans la santé générale de cette malade.

OBSERVATION V

(EMPRUNTÉE A LA THÈSE DE MANRIQUE, PARIS, 1886)

Raccourcissement des ligaments ronds chez une jeune femme affectée de prolapsus utérin, et chez laquelle la périnéorrhaphie n'aurait pas suffi à empêcher la chute de l'organe. — *Guérison.* — (Par M. le docteur Reeves, chirurgien à Soho hospital for Women.)

Eliza J..., âgée de 32 ans, mariée depuis quatre ans, avait toujours joui d'une bonne santé. La fluxion cataméniale se faisait régulièrement toutes les quatre semaines, et il ne s'écoulait qu'une quantité médiocre de sang.

Depuis son mariage, elle a eu deux enfants et elle n'a pas fait de fausses couches. Son premier accouchement s'est fait régulièrement, et aucun accident n'est venu compliquer les suites de couches. Son second accouchement a eu lieu, il y a deux ans, c'est-à-dire un an après le premier. Cette fois, le travail a été long, très pénible et il s'est produit une déchirure incomplète du périnée. Le travail cependant s'est terminé sans l'intervention de l'art.

Relevée de ses couches, elle a laissé passer près de 18 mois sans s'occuper de sa déchirure périnéale qui, dit-elle, ne la gênait pas beaucoup.

Au commencement de novembre 1884, elle remarqua quelque chose qui descendait (*any thing coming down*) dans le vagin, surtout lorsqu'elle marchait ou montait les escaliers. Avant cet accident, elle avait déjà ressenti de fortes douleurs dans la région lombaire, douleurs qui se propageaient à la racine des cuisses et vers le mont de Vénus. Ces douleurs étaient soulagées par la position horizontale, mais augmentées

par la marche et surtout par les époques menstruelles. Ses règles étaient non seulement douloureuses, mais elles duraient plus longtemps que d'habitude et le sang était mélangé de caillots. Dans les intervalles des règles existait une perte leucorrhéique, caractérisée par l'écoulement continuel par le vagin d'un liquide aqueux et jaunâtre.

Dans cet état, elle consulta le docteur Reeves, à Soho Hospital, lequel constata la rupture périnéale et la chute de la matrice. Le docteur Reeves conseilla la périnéorrhaphie qui, acceptée par la malade, fut pratiquée le 15 décembre 1884. Le résultat de cette opération fut un insuccès partiel. Les surfaces avivées se cicatrisèrent régulièrement; mais, bientôt après avoir quitté le lit, la malade vit son utérus franchir la vulve comme avant l'opération, en même temps que les douleurs et les troubles menstruels apparaissaient de nouveau. Ce fut alors que le docteur Reeves se décida à pratiquer *le raccourcissement des ligaments ronds*. Ce qui fut fait le 11 juin 1885, à l'amphithéâtre de Soho Hospital, en présence des habitués de la clinique dont nous faisions partie.

On eut quelque peine à trouver les ligaments, à cause de l'énorme épaisseur de la couche graisseuse sous-cutanée. L'opération a duré une heure et on réséqua 6 centimètres de ligament de chaque côté.

Les suites de l'opération ont été des plus heureuses. Les incisions ont guéri par première intention, sans pansement antiseptique; la malade n'a pas souffert durant l'évolution du processus cicatriciel et on n'a eu ni élévation de la température, ni aucun autre phénomène compliquant les suites de l'opération.

Le 27 juin, nous avons examiné cette malade, à la bienveillante instigation du docteur Reeves. Les plaies étaient parfaitement guéries; à leur place, on voyait deux raies cicatricielles parallèles aux plis des aines. L'utérus était en antéversion et à une hauteur dans le bassin égale à la longueur de notre index. La malade ne se plaignait d'aucune douleur et elle se sentait en si bon état (*good spirits*) qu'elle demandait à se lever, ce qui ne lui fut pas accordé. Ce jour-là, le docteur Reeves ordonna la suspension du cathétérisme vésical qu'on avait pratiqué régulièrement depuis l'opération, mais le pessaire fut maintenu en place.

Le 20 juillet, l'utérus restait dans la position où on l'avait mis. La malade se lève pour la première fois. Elle porte encore son pessaire.

Le jeudi 1er octobre, nous voyons cette femme qui se trouve complètement guérie. Les règles arrivent régulièrement toutes les quatre semaines, elles durent pendant quatre jours. Les phénomènes douloureux n'ont plus réapparu. Elle ne porte plus de pessaire et l'utérus présente le même degré d'antéversion que celui que nous avions constaté le samedi 27 juin.

OBSERVATION VI

Prolapsus de l'utérus, compliqué de cystocèle. — Raccourcissement des ligaments ronds. — Guérison du prolapsus. — (Traduite d'Alexander, *Short. of round lig.*, page 27.)

Elisabeth C..., âgée de 38 ans, mariée, est une femme d'un embonpoint notable et d'une stature moyenne, présentant un relâchement des organes pelviens *(relaxed pelvic organs)*. Elle fut admise à l'hôpital de Liverpool « Workhouse » pour un prolapsus de l'utérus, assez accusé pour que le col fît saillie à la vulve.

Le 4 octobre 1881, j'ai pratiqué le rétrécissement du vagin, de façon à réduire le diamètre de ce canal à un calibre égal à celui de mon doigt.

Le 1er décembre de la même année, l'utérus ne venait pas à l'extérieur, mais il pressait avec force sur la cicatrice vaginale. La vessie en avant, le rectum en arrière, faisaient saillie au-dessus du rétrécissement vaginal, comme si ces organes avaient eu tendance à franchir l'anneau rétréci du vagin. Les douleurs expulsives (*dragging pains*), dont souffrait la malade avant l'opération, persistaient encore après celle-ci, et le seul résultat obtenu était qu'on ne voyait plus l'utérus lorsqu'on regardait la vulve.

Le 14 décembre, j'ai pratiqué mon opération sur les ligaments ronds. J'ai raccourci de deux pouces (5 centim.) chaque ligament. Les portions ainsi attirées au-dehors furent sectionnées et les extrémités fixées par de nombreuses sutures de catgut *aux lèvres des plaies*.

Le 6 janvier 1882, les plaies étaient complètement guéries, et une légère dépression au centre des cicatrices montrait l'endroit où les ligaments avaient formé leurs adhérences.

Durant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, la malade eut des douleurs qui furent soulagées par des injections hypodermiques de morphine.

Le 27 février, on examina la malade dans la station verticale. On trouva l'utérus placé dans la position exacte qu'on lui avait donnée le jour de l'opération. « En faisant tousser ou pousser la malade, on voit que l'organe gestateur n'a pas la plus petite tendance à se prolaber. Le col, il est vrai, est un peu plus bas qu'à l'état normal. Les ligaments, plus courts qu'à l'état normal, contribuent à contrôler la position dans laquelle se trouve l'utérus. Les parois du vagin sont encore relâchées, mais pas autant qu'au moment de l'opération, et l'on peut espérer que, quand le pessaire aura été enlevé pendant quelque temps, les tissus relâchés regagneront leur résistance normale, si le processus de dilatation ne va pas très loin dans les organes voisins (vessie et rectum).

» Les douleurs expulsives ont disparu complètement, et l'on accorde à la malade l'autorisation d'aller rejoindre son mari.

» A plusieurs reprises, j'ai revu cette femme jusqu'au mois de mai 1883; à cette époque, l'utérus gardait la position que je lui avais donnée, l'état de la cystocèle était *à peine* changé; sous l'influence de l'effort, on le voit sortir dans une certaine étendue, mais la patiente n'éprouve, de ce fait, aucun inconvénient sérieux. »

On voit donc que les prévisions sur la cystocèle ne se sont pas réalisées.

OBSERVATION VII

Prolapsus de l'utérus. — Opération d'Alexander. — Guérison. — (Traduite d'Alexander, *Short. of round lig*, page 33.)

Ann. B..., journalière, 32 ans, se présenta à l'hôpital le 25 avril 1882 avec un prolapsus de l'utérus. Le col de l'organe apparaissait au dehors de la vulve. Cette femme a eu quatre enfants, qui sont tous morts peu de temps après la naissance. Le prolapsus date de son dernier accouchement, qui eut lieu il y a deux ans. Depuis lors, elle se plaint de douleurs qui siègent dans la région lombaire et dans la profondeur de l'excavation pelvienne. Elles font tellement souffrir la malade qu'elle considère la vie comme une charge insupportable.

Cette femme est forte, bien musclée. Elle a un vagin large.

Elle a accepté avec enthousiasme l'idée d'une opération qui lui offrait la chance d'une guérison radicale, car elle avait horreur des pessaires dont l'emploi présentait chez elle les difficultés inhérentes à l'excessive dilatation vaginale.

Le 24 mai 1882, on raccourcit les ligaments ronds chez cette femme, et les parties excédantes, longues, de chaque côté, de 6 centimètres, furent pelotonnées et fixées dans l'angle interne de la plaie. C'est le premier cas dans lequel *on n'a pas coupé la partie excédente des ligaments,* manœuvre inutile lorsque ces parties ne sont pas très altérées.

25 mai. — Le chloroforme employé comme anesthésique n'a pas provoqué de vomissements. — T. M. 37°; T. S. 36°4. La malade n'éprouve aucune douleur.

26 mai. — On fait le pansement des plaies, qui ne présentent rien d'anormal. — T. M. 36°7; S. 37°7.

27 mai. — T. M. 37°2; S. 37°5.

28 mai. — Pansement des plaies; suppuration peu abondante. — T. M. 37°; S. 37°6.

30 mai. — Pansement des plaies. Rien d'anormal. La température est normale.

2 juin. — Les plaies sont cicatrisées dans les deux tiers externes de leur étendue; il reste à la partie interne une petite surface granuleuse qui suppure encore. On n'emploie pas le pulvérisateur pour faire le pansement, et on continue à faire celui-ci avec de la gaze phéniquée.

7 juillet. — La patiente est complètement guérie de ses plaies et elle se lève pour la première fois.

30 juillet. — *Exeat.* Elle s'engage à venir une fois par mois pour faire voir l'état de son utérus.

La situation morale et pécuniaire de cette femme paraissait très défavorable. Ainsi, elle fut admise à l'hôpital le 4 août 1882 pour des accidents dus à l'abus des boissons alcooliques. *Le monde était pour elle trop plein de tentations.* Aussi, elle résolut d'y renoncer et de rester pendant quelque temps comme balayeuse à l'hôpital. De cette façon, on a pu examiner cette femme à plusieurs reprises, et surtout on a eu l'heureuse occasion de la montrer au docteur Emmet, de New-York, et au docteur Suthon, de Philadelphie, qui, tous les deux, trouvèrent son utérus en parfait état le 8 septembre 1882.

Cette malade fut présentée à l'Institut médical de Liverpool le 6 novembre 1882, c'est-à-dire six mois après l'opération, et, à cette époque, l'utérus occupait la même situation qu'on lui avait donnée le jour de l'opération. Elle a été vue pour la dernière fois dans les premiers jours de 1883, et à cette époque son utérus gardait encore une bonne position.

OBSERVATION VIII

Prolapsus de l'utérus. — Opération d'Alexander. — Guérison. — (Opération par le docteur Adams, rapportée par Muller.) (1)

Servante, âgée de 24 ans, ayant eu trois enfants. On ne trouve rien d'anormal dans ses deux premiers accouchements. Avant de devenir enceinte pour la troisième fois, elle eut une métrite qui dura quatre semaines, et avant de quitter l'hôpital où elle était venue chercher la guérison, on remarqua que la matrice de cette femme était un peu abaissée. Elle retourne alors à son service. Les souffrances qu'elle éprouvait du côté de ses organes pelviens, lorsqu'elle faisait les efforts que nécessitait son métier, l'obligèrent à quitter sa place, et ce fut alors qu'elle devint enceinte pour la troisième fois. Durant cette grossesse, les choses se passèrent très bien; mais, après l'accouchement, son état s'aggrava notablement. Le plus petit effort faisait sortir le col en dehors de la vulve, et la toux provoquait la miction involontaire. Les douleurs et les tiraillements du ventre qu'elle ressentait lui firent accepter gaiement l'idée d'une opération.

Elle fut opérée par le docteur J.-A. Adams, le 20 mars 1884. La suture des ligaments aux piliers fut faite avec du catgut chromé, et la plaie fermée par une suture métallique. On s'est entouré de toutes les précautions antiseptiques.

Des vomissements dus au chloroforme troublèrent la malade pendant trois jours. A ce moment, on constata l'apparition d'un érysipèle au niveau de la plaie, du côté gauche. Pendant six jours, la température est restée au-dessus de la normale. Du côté de l'érysipèle, il s'est produit une collection purulente au niveau de la plaie. Après l'issue du pus, tout est rentré

(1) *Glasgow med. Journ.*, page 321, 1884.

dans l'ordre. Les plaies n'ont été complètement cicatrisées que dans la première semaine du mois de mai.

A la fin de juillet, on a constaté que l'utérus présentait toujours la légère antéversion dans laquelle on l'avait placé. La vessie est parfaitement capable de garder l'urine pendant les efforts. Il n'existe pas de ténesme vésical. Les règles sont normales et les phénomènes douloureux ont complètement disparu depuis l'opération. (1)

Au mois d'octobre 1885, la guérison se maintenait encore. (2)

(1) *Glasgow. med. Journ.*, 1884, page 121.
(2) *British. med. Journ.*, 3 octobre 1885.

OBSERVATION IX

Prolapsus utérin. — Opération d'Alexander. — Insuccès — (In-British med. Journ., 1885.)

Marg. C..., âgée de 32 ans, mariée et mère de trois enfants. Il y a trois ans, elle a fait une fausse couche, et d'après ce qu'elle dit, il semble qu'elle a eu une métrite consécutive. Depuis lors, elle a souffert de pesanteur au fond du bassin, accompagnée des douleurs expulsives (*bearing down,* espèce de ténesme pelvien). Ces phénomènes sont allés en augmentant jusqu'à ce que l'utérus se présentât à l'extérieur.

Elle fut admise à l'hôpital le 1er mai 1883. A son entrée, elle était dans un état notable d'émaciation. Son caractère était irascible, elle pouvait à peine marcher et se plaignait de ne pouvoir avaler l'eau. A l'examen des organes génitaux, on trouva une masse rouge et volumineuse, sortant par la vulve; cette masse (*mass*) était constituée par une cystocèle avec prolapsus de toute la paroi antérieure du vagin. Le col utérin était sur la fourchette et laissait pénétrer sept centimètres de l'hystéromètre. Les parois du vagin étaient érodées et ulcérées en différents points par suite de l'emploi d'un pessaire mal appliqué. Il y avait un écoulemont purulent et fétide. L'évacuation des urines par le cathétérisme montra qu'elles n'étaient pas ammoniacales. Quand on essayait de réduire l'utérus avec les doigts, il cédait jusqu'à un certain point; mais ensuite il résistait à la pression, probablement parce qu'il était fixé par des adhérences postérieures. Le docteur Campbell pensa, malgré cela, qu'on pourrait, par le raccourcissement des ligaments ronds, faire remonter assez l'utérus pour améliorer la cystocèle. Le succès ne répondit pas à son attente, car, après avoir décou-

vert les ligaments ronds, il lui fut impossible de mobiliser l'utérus par des tractions exercées sur les ligaments.

L'opération fut tentée le 7 mai, et le 25 du même mois les plaies étaient en voie de guérison. On constata les symptômes d'une péritonite subaiguë, due sans doute aux tiraillements exercés pendant l'opération sur les adhérences péritonéales. La température est montée une fois à 40°8. Ces phénomènes inflammatoires se sont heureusement calmés, mais la situation de l'utérus et de la vessie est restée aussi mauvaise qu'avant l'opération.

OBSERVATION X

(INÉDITE)

Prolapsus utérin traité par le cloisonnement vaginal. — (Due à l'obligeance de M. le docteur COURTIN.)

P..., hospice Pellegrin, pavillon des vieillards. Cette femme est âgée de 69 ans; elle a eu un enfant. Son accouchement a été normal; depuis, pas d'autres grossesses. En 1880, en soulevant un quartier de viande de boucherie, elle éleva les bras et sentit quelque chose qui tombait au niveau des parties génitales. Depuis cette époque, un prolapsus utérin complet a existé chez elle. Elle entra en 1885 à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. Dudon, qui lui pratiqua le cloisonnement vaginal. Quelques jours après cette opération, elle voulut uriner au milieu de la nuit, mais l'infirmière ne venant pas à son aide, elle se souleva sur son lit, les sutures se rompirent et, par suite de cette imprudence, le résultat de cette première opération fut absolument nul.

Au moment où je l'examine (20 mai 1888), l'utérus est absolument prolabé, la cystocèle est complète, et pour arriver avec la sonde dans le réservoir vésical, il faut la faire basculer en bas et on la retrouve sur la partie antérieure et inférieure du prolapsus. Pas de rectocèle. L'opération a lieu le 6 juin 1888. Purgatif, la veille; lavement le matin de l'opération. Sous le chloroforme, je pratique l'avivement à la partie inférieure et supérieure du prolapsus sur une surface quadrilatère de cinq centimètres carrés environ. Je réduis le prolapsus, les surfaces avivées viennent au contact l'une de l'autre, et je place cinq points de suture au fil d'argent à leur partie antérieure.

Par le cathétérisme, je vide immédiatement la vessie d'où je retire une urine claire et abondante. Je place un tampon de gaze iodoformée dans le vagin. La malade repose dans son lit, les jambes fléchies sur les cuisses au moyen de coussins placés sous les creux poplités, le tronc et la tête en contre-bas.

7 juin. — M. Baudet, interne du service, a sondé deux fois la malade; pas d'élévation de température, les vomissements ont cessé, je change le tampon de gaze iodoformée, après avoir fait un lavage du vagin à l'eau phéniquée.

8, 9, 10 juin. — On fait tous les jours des lavages antiseptiques dans le vagin, on change le tampon de gaze iodoformée; pas d'élévation de température, pas de douleur locale.

14 juin. — Léger purgatif. Tout est en parfait état.

20 juin. — Quinze jours après l'opération, j'enlève les points de suture, la réunion est faite dans toute l'étendue; la malade est cependant maintenue au lit.

27 juin. — Je l'examine par le toucher et je trouve une cloison cicatricielle complète et lui permets de se lever et de marcher dans la salle.

4 juillet. — Je l'examine de nouveau, le vagin est absolument adhérent et cicatrisé dans toute l'étendue avivée. Sur les parties latérales qui correspondent aux parties non avivées du vagin, je rencontre deux canaux, dans lesquels j'introduis deux sondes de femme, qui progressent en arrière sans difficulté jusqu'à l'utérus.

Le 1er août, j'examine de nouveau la malade dans son lit et debout, lorsqu'elle ne fait aucun effort dans ces deux situations; rien de saillant ne se présente à la vulve. C'est en l'invitant à pousser énergiquement que l'on voit affleurer la cicatrice vaginale à la vulve.

A la date du 10 août, cette malade fait 2 ou 3 kilomètres à pied, sans qu'il en résulte aucun accident.

Le 12 juin 1889, un an après l'opération, j'ai examiné de nouveau la malade en présence de MM. Sabrazès et Gauja, et j'ai pu constater avec eux que, debout ou dans son lit, lorsque cette femme ne faisait aucun effort, rien d'apparent n'existait à la vulve; qu'en l'invitant à pousser énergiquement, on voyait la cicatrice linéaire affleurer au niveau des parties sans jamais les dépasser. Sur les parties latérales de la cicatrice

existaient les deux conduits signalés plus haut, dans lesquels pouvaient pénétrer deux sondes cannelées qui se rejoignaient à 3 centimètres en arrière de la cicatrice au-devant du col utérin. Cette malade marche continuellement dans l'hospice, en sort de temps en temps pour faire d'assez longues courses, et malgré cela, l'utérus est bien maintenu en place et le cloisonnement vaginal a donné dans ce cas particulier un excellent résultat.

OBSERVATION XI

Chute complète de la matrice. — Guérison. — (Opération par M. Lanelongue, de Bordeaux. — In-thèse Séguinard, Bordeaux, 1887.)

Marie M..., 50 ans, journalière, entre le 7 novembre 1886 à l'hôpital Saint-André, salle 8, lit 9, dans le service de M. le professeur Lanelongue.

Cette malade est atteinte d'une affection de la matrice dont le début remonte à cinq ans. Elle a été réglée à 16 ans, a eu cinq grossesses, qui se sont passées sans incident, et cinq accouchements normaux bien que rapides.

Elle est asthmatique, a des quintes de toux fréquentes, pénibles et très longues, ce qui a certainement une part dans la pathogénie de son affection. Pas d'autres antécédents morbides.

Jusques il y a cinq ans, elle n'avait rien constaté du côté de la matrice, bien que, depuis son dernier accouchement, qui datait de treize ans, elle éprouvât quelques tiraillements dans la région lombaire. C'est à la suite d'un accès d'asthme qu'elle vit, il y a cinq ans, apparaître une tumeur dans le vagin, tumeur qui a graduellement augmenté de volume. Dans la station debout, elle fait complètement hernie et a la grosseur de la tête d'un fœtus. La malade éprouve de vives douleurs dans les régions lombaires, ce qui lui rend tout travail impossible.

Aujourd'hui que la malade est couchée, l'orifice vulvaire est écarté par une tumeur globuleuse, sphéroïde, de la grosseur d'une orange ; elle est rosée, blanchâtre ; sa surface est traversée par de petites saillies transversales; elle est légèrement aplatie; au point culminant, elle est rouge sombre, et on y constate un orifice muni de deux lèvres : antérieure et postérieure. Cette tumeur se continue en haut avec la muqueuse qui tapisse

la région vulvaire, aussi voit-on, en voulant la circonscrire, que le vagin n'existe plus.

Le palper nous montre une tumeur fluctuante à sa partie supérieure et antérieure. La partie postérieure est mollasse ; et, prise à pleines mains, elle paraît contenir une partie centrale, longitudinale, très dure, de forme cylindro-conique; à sommet inférieur, elle remonte jusque dans la cavité pelvienne.

L'orifice urétral apparaît au-dessus et en avant de la tumeur, qu'il suffit de presser pour voir l'urine s'écouler en bavant. Pour y faire pénétrer une sonde, on est obligé d'incliner l'instrument de haut en bas et d'avant en arrière (la femme étant dans le décubitus dorsal), on sent alors vers la base de la tumeur le bec de la sonde qui y a pénétré.

La vessie a donc été entraînée dans le mouvement de descente de l'utérus et du vagin. Cependant, ce premier cathétérisme ne suffit pas pour vider la vessie, car il reste encore de l'urine au-dessus du pubis.

Par le toucher rectal, on constate que le corps de l'utérus est très abaissé dans la région périnéale. La réductibilité de la tumeur est complète et facile et ne provoque aucune douleur.

L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine donne, à l'entrée de la malade à l'hôpital, comme dimension longitudinale, 13 centimètres ; quelques jours plus tard, 11 centimètres seulement.

L'exposé de ces différents symptômes nous permet de conclure à un prolapsus complet de la matrice.

Le cloisonnement du vagin est proposé et accepté par la malade.

Le 18 novembre, M. le professeur Lanelongue procède à l'opération. La malade est anesthésiée par le chloroforme et placée sous le spray phéniqué.

La veille, elle a pris 15 grammes d'huile de ricin, et le matin même de l'opération on lui a administré un léger lavement.

L'anesthésie étant complète, la malade est placée dans la position obstétricale et la tumeur lavée à l'eau phéniquée. Relevée vers le pubis, la tumeur montre d'abord, bien en lumière à l'opérateur, la paroi postérieure du vagin. Sur cette paroi, au niveau de la ligne médiane, on délimite, au moyen du bistouri, un trapèze dont la base est située à un centimètre et demi du museau de tanche, et le sommet à quatre centimètres plus bas du

côté de la vulve. La largeur de la base est de quatre centimètres et celle du sommet de deux. L'incision arrive à peine à la face profonde de la muqueuse, et l'aire de ce trapèze est soigneusement disséquée.

La même opération est répétée sur la face supérieure de la tumeur, c'est à-dire sur la paroi antérieure du vagin, dans des conditions identiques.

L'écoulement du sang est insignifiant et, dans tous les cas, ne peut gêner l'opérateur, qui a eu soin de pratiquer l'avivement inférieur le premier. Il en résulte la formation de deux trapèzes cruentés; l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin, commençant tous deux à un centimètre et demi du museau de tanche et dans les meilleures conditions pour être accolés l'un à l'autre.

L'accolement est facilement obtenu au moyen de points de suture en catgut, disposés par paires sur les bords de l'avivement et espacés d'un peu moins d'un centimètre l'un de l'autre.

L'opération terminée, on fait une injection phéniquée dans chacun des conduits latéraux et on met un petit cylindre de gaze iodoformée dans chacun des conduits et un tampon à la vulve.

La malade est alors placée au lit dans le décubitus dorsal, les cuisses maintenues demi-fléchies sur le bassin par un coussin placé sous les jarrets; on lui met une sonde à demeure. La constipation est obtenue par l'administration de cinq centigrammes d'extrait thébaïque répétés tous les jours.

Le lendemain et les jours suivants, la température reste à peu près normale; le septième jour, on enlève la sonde et les tampons de gaze iodoformée; on administre un léger purgatif à l'huile de ricin.

Vers le douzième jour, la malade se plaint de vives douleurs du côté de la vessie. On observe une légère élévation de la température dans le flanc droit; les urines sont épaisses et contiennent un dépôt muco-purulent abondant, ce qui indique clairement qu'on a affaire à une cystite et pyélonéphrite, dues sans doute à la sonde à demeure et à une légère cystocèle persistante.

La malade est soumise au régime lacté et on fait deux fois par jour des lavages à l'eau boriquée. Ce n'est qu'après un mois de ce traitement qu'on obtient la disparition de ces accidents.

La malade commence alors seulement à se lever. Son examen, pratiqué

à ce moment, permet de constater l'existence d'une cloison épaisse et résistante. De chaque côté de la cloison est un conduit qui va en se rétrécissant et qui permet l'introduction de l'extrémité de l'index, qu'on peut même recourber en arrière de la nouvelle cloison sans entraîner l'utérus. La vessie forme une légère cystocèle qui ne gêne en rien la malade, qui peut marcher et stationner longtemps debout sans éprouver la moindre gêne ou fatigue et sans que l'utérus menace de faire saillie.

Cinq mois après sa sortie de l'hôpital, la guérison se maintient absolument parfaite.

OBSERVATION XII

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Guérison. — (Extraite de la communication de M. Lefort. — *Bulletin de la Société de Chirurgie,* février 1877.)

Le 16 novembre 1876, entre, dans le service de M. Lefort, à l'hôpital Beaujon, une femme âgée de 48 ans, exerçant la profession de blanchisseuse et atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus, paraissant remonter à six mois seulement. Cette femme a eu trois enfants, dont le dernier a onze ans; toutes ses couches ont été normales et sa menstruation constamment régulière. Au mois de mai dernier, elle vit apparaître à la vulve une tumeur assez singulière, dont l'issue se fit d'abord d'une façon intermittente et par intervalle de quinze jours environ. La tumeur, après être restée plus ou moins longtemps dehors, rentrait spontanément. A partir du mois d'octobre, l'accident se renouvela tous les jours et la tumeur prit le volume qu'elle avait lors de l'opération. Huit jours enfin avant l'entrée à l'hôpital, la réduction devint impossible et il survint des douleurs accompagnées de sensation pénible de pesanteur.

Au dehors de la vulve, on trouve une tumeur conoïde dont la grosse extrémité est dirigée en bas et dont le sommet correspond à l'entrée du vagin. A sa base, se trouve une ulcération circulaire située autour d'une ouverture infundibuliforme. Cette tumeur mesure onze centimètres de longueur, dix-huit de circonférence à sa base et dix à son sommet. La surface externe se joint sans ligne de démarcation avec la muqueuse vulvaire, immédiatement en arrière des grandes lèvres. L'ouverture située à la base permet l'introduction de l'hystéromètre, qui pénètre à une profondeur de sept centimètres.

L'orifice urétral est apparent au-dessus et en avant du pédicule; pour y faire pénétrer une sonde, on est obligé d'incliner l'instrument de haut

en bas et d'arrière en avant (la malade étant dans le décubitus dorsal), on sent le bec de la sonde qui a pénétré vers la base de la tumeur ; la vessie a donc été entraînée par le mouvement de descente de l'utérus et du vagin.

La malade demande à être débarrassée de son infirmité et préfère une opération, quelle qu'elle puisse être, à la nécessité de porter un bandage quelconque... Le cloisonnement du vagin fut décidé.

L'opération fut faite en décembre 1876 ; la guérison se fit sans aucun accident ; il n'y eut même pas de fièvre traumatique. Le résultat fut complet, l'utérus était parfaitement maintenu, et lorsqu'après avoir fait accroupir la malade on la faisait tousser ou faire des efforts, rien n'apparaissait à la vulve ; il n'y avait même pas de refoulement appréciable.

M. Lefort aurait pu borner là son intervention, et il l'aurait fait certainement s'il n'avait voulu montrer l'heureux effet de son procédé dans toute son intégrité. Toutefois, en raison de la laxité et de la largeur anormale de la fourchette, craignant que l'absence de tout soutien du côté de la vulve vint compromettre le résultat, et après avoir fait prendre la photographie des régions opérées, afin d'en constater l'état réel, il rendit le résultat absolument certain en faisant le 24 janvier, vers la fourchette et les parties voisines, un avivement comme dans le procédé de Baker-Brown. Il fit la suture à deux étages suivant son procédé, c'est-à-dire au moyen de fils passant au travers d'un bout de sonde pour la suture profonde et de points entrecoupés pour la suture superficielle. Le sixième jour, les sutures furent enlevées. La réunion était incomplète dans les parties superficielles, complète profondément, et lorsque la malade sortit, le 6 février, tout était réuni.

OBSERVATION XIII

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Guérison. —
(Communication de M. Panas à la Société de Chirurgie.)

Dans la séance du 19 février 1879, M. le professeur Panas présenta une malade dont il résuma ainsi l'histoire : Agée de 44 ans, elle était atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus ; en mai 1877, M. Tillaux lui pratiqua une première opération dont le but était de rétrécir l'orifice vulvaire du vagin. Cette opération fut suivie de succès tout d'abord, mais, au bout de six mois, le prolapsus se reproduisit comme précédemment. C'est alors que la malade entra dans le service de M. Panas, en décembre 1878. M. Panas pratiqua le cloisonnement du vagin, suivant la méthode de M. Lefort : l'opération dura quarante minutes et ne fut compliquée d'aucun suintement sanguin ; la réaction fut nulle. Le cloisonnement fut obtenu de haut en bas et l'utérus resta dès lors parfaitement maintenu à sa place.

OBSERVATION XIV

Prolapsus complet de l'utérus. — Guérison par le cloisonnement complet du vagin. — Autopsie vingt-sept mois après. — (Résumée des *Bulletins de la Société de Chirurgie*, décembre 1879.)

Cette observation du docteur Zancarol, d'Alexandrie, est relative à une femme de 36 ans, atteinte d'une chute complète de la matrice et d'une déchirure du périnée. La chute de la matrice datait de 7 ans 1/2. Le docteur Zancarol pratiqua d'abord le cloisonnement du vagin, en suivant exactement le manuel opératoire décrit par M. Lefort. La malade eut ses règles le 7e jour après cette opération ; mais, néanmoins, le résultat fut complet et l'utérus parfaitement maintenu. Quelques mois plus tard, une périnéorrhaphie fut pratiquée avec autant de succès.

La malade continuait à être parfaitement guérie de ses accidents du côté de l'utérus, quand elle succomba, vingt-sept mois après la première opération, aux progrès de tuberculose laryngée. A l'autopsie, on put extraire ses organes génitaux et constater dans le vagin l'existence d'une cloison solide s'opposant à la sortie de l'utérus par la vulve. On put s'assurer en même temps qu'en cas de grossesse et d'accouchement, il eut été facile et sans danger de sectionner la cloison.

OBSERVATIONS XV, XVI, XVII

Rapportées dans les « Bulletins de la Société de Chirurgie », décembre 1879. — Elles sont dues à M. Hicguet, de Liège. — Nous les résumons brièvement.

La première est relative à une jeune femme de 19 ans, ayant eu un seul enfant et atteinte d'un prolapsus utérin complet. Le cloisonnement du vagin fut pratiqué suivant le procédé de M. Lefort et avec un plein succès.

Un mois après cette première intervention, M. Hicguet pratiqua le rétrécissement de la vulve au voisinage de la fourchette et la malade sortit de l'hôpital complètement guérie. — Cette femme, de mœurs légères, fut revue huit mois plus tard. Le cloisonnement, haut de trois centimètres, maintenait l'utérus parfaitement réduit, et cela malgré des rapprochements sexuels complets et répétés.

Dans la deuxième, il est question d'une femme de 48 ans, atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus avec cystocèle et rectocèle et d'une déchirure du périnée s'étendant au sphincter externe. M. Hicguet pratiqua le cloisonnement du vagin et fit en même temps une périnéorrhaphie. Le résultat de cette double intervention fut des meilleurs : la malade sortit tout à fait guérie de l'hôpital, où elle n'a pas été revue depuis, bien qu'elle ait promis de s'y représenter, s'il lui revenait quelque chose.

Enfin, dans la troisième observation du docteur Hicguet, il s'agit d'une jeune femme de 19 ans, nullipare, atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus datant de plus d'un an et survenu après de violents efforts de travail.

Le 8 mai 1878, M. Hicguet fit une première fois le cloisonnement du

vagin ; mais cette première observation échoua à la suite d'une violente diarrhée qui survint le lendemain de l'opération, en même temps que des attaques convulsives d'hystérie.

Le 8 juillet, après avoir soumis sa malade pendant un certain temps au bromure de potassium, M. Hicguet pratique une seconde fois le cloisonnement du vagin, et cette fois avec un plein succès. Quelques jours plus tard, il pratiqua avec le même succès le rétrécissement de la vulve au voisinage de la fourchette, et la malade sortit de l'hôpital le 23 août complètement guérie : elle n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION XVIII

(IN-THÈSE BRUNET, PARIS, 1883)

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Insuccès.

Marie M..., âgée de 59 ans, ménagère, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Faucon, le 21 avril 1880. Elle a eu deux enfants, et n'est plus réglée depuis onze ans. Depuis 17 ans, elle est atteinte d'un prolapsus utérin : peu prononcé au début, il s'est, dans la suite, exagéré; depuis cinq ans, il est très considérable et reste ce qu'il est actuellement. La malade prétend que dans ces temps derniers on lui a essayé, sans résultat, sept pessaires différents, et demande à être soulagée par une opération.

Après avoir constaté que cette femme est réellement atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus, avec cystocèle et rectocèle, et sans hypertrophie notable de l'utérus; que ce prolapsus est parfaitement réductible, mais qu'il se reproduit aussitôt qu'on cesse d'agir sur l'utérus, M. Faucon propose le cloisonnement du vagin, qui est accepté.

Le 29 avril, le prolapsus étant produit à son maximum, et la malade anesthésiée par le chloroforme, on procède à l'opération, en suivant exactement le manuel opératoire employé par M. Lefort. On avive sur les parois antérieure et postérieure du vagin une surface rectangulaire longue de quatre centimètres et large d'un centimètre. Pendant qu'on pratique ces deux avivements, il se produit une hémorragie en nappe assez abondante, qu'on parvient pourtant à arrêter avec de l'eau froide, de l'eau alcoolisée et de la compression. Tandis qu'on procède à l'arrêt de cette hémorragie, la patiente a, par deux fois, des accès de vomissements; sous leur influence, on voit la tumeur formée par l'utérus prolabé devenir beaucoup plus volumineuse et les surfaces d'avivement s'élargir considérablement, au point de faire craindre la rupture des parois vaginales affaiblies par l'avivement. L'hémostase obtenu, on applique douze points de suture,

comme l'indique M. Lefort, et l'on en laisse les chefs assez longs pour dépasser à la vulve, où on les réunit en un faisceau entouré d'une bandelette de diachylon pour les empêcher d'irriter les organes vulvaires et la peau de la partie supérieure et interne des cuisses.

On termine cette opération par une légère injection phéniquée dans le vagin, et l'on reporte la malade dans son lit. Dans la journée, elle n'accuse aucune douleur et ne laisse pas écouler par la vulve la moindre quantité de sang.

30 avril. — Pas de réaction; la malade se trouve très bien et ne ressent rien du côté du ventre. — Traitement : très légère alimentation, injection phéniquée dans le vagin et tampon d'ouate phéniquée à la vulve.

1er mai. — La malade se trouve toujours très bien. On ajoute au traitement un léger laxatif chaque matin et l'on recommande à la malade de demander un lavement chaque fois qu'elle aura besoin d'aller à la selle.

12 mai. — On examine le vagin. En écartant les parois vaginales d'avant en arrière, on aperçoit l'extrémité inférieure de la cloison formée par leur réunion; elle a à peu près un centimètre de large et divise le vagin en deux parties à peu près égales. Les fils de sutures sont encore adhérents. A partir d'aujourd'hui, on permet à la malade de se lever pendant la journée. A part cela, on continue le même traitement.

24 mai. — Tous les fils sont aujourd'hui détachés : la malade assure qu'ils sont tombés sans qu'elle ait tiré sur eux. En examinant le vagin, on constate que le cloisonnement n'a réussi que dans sa partie inférieure, sur une étendue d'un centimètre environ. Ce qu'il y a est suffisant pour maintenir le prolapsus; quand on fait tousser la malade pendant que les parois vaginales sont écartées, on voit la petite cloison qui existe former comme une sangle qui empêche les parties situées plus haut de descendre à la vulve.

20 juin. — Le prolapsus est toujours maintenu et la malade, très heureuse, demande à sortir. Quelques jours plus tard, elle revient à la consultation; sous l'influence d'un effort qu'elle a fait pour soulever quelque chose de pesant, son prolapsus s'est reproduit : on constate, en effet, que le léger pont qui réunissait l'une à l'autre les parois vaginales antérieure et postérieure s'est rompu et que le prolapsus est aussi considérable qu'avant l'opération.

OBSERVATION XIX

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Insuccès. — (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, juin 1881, par M. le professeur Eustache.)

Femme de 36 ans, ayant eu 9 enfants et atteinte d'une chute de matrice depuis 4 ans. L'opération fut pratiquée en décembre 1878, suivant le procédé de M. Lefort : avivement antérieur et postérieur de 5 centimètres de long sur 2 de large; application de 8 points de suture, un à chaque extrémité et 3 de chaque côté, les chefs des fils d'argent étant laissés assez longs pour pendre hors de la vulve, où ils étaient réunis en faisceaux, l'un à droite, l'autre à gauche. Au troisième jour, les règles sur vinrent, en avance de douze jours; elles furent très abondantes. La femme refusa absolument de se laisser pratiquer des injections détersives matin et soir; elle se leva à plusieurs reprises sans autorisation. Le huitième jour, les fils inférieurs se détachèrent spontanément après avoir sectionné les tissus; le seizième jour, les fils supérieurs étaient encore en place et ne tombèrent que le lendemain. Il n'existait qu'un pont peu résistant correspondant à l'extrémité supérieure de l'avivement, mais qui suffit à maintenir l'utérus en place jusqu'au vingt-quatrième jour, quand, à la suite d'un effort pour soulever les matelas de son lit, la malade sentit le prolapsus se reproduire au même degré que précédemment. Elle ne consentit plus à une nouvelle opération et sortit de l'hôpital avec un pessaire à tige.

OBSERVATION XX

Prolapsus complet de l'utérus avec hypertrophie du col. — Amputation de cet organe. — Cloisonnement du vagin. — Guérison. — (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, juin 1881, par M. le professeur Eustache.)

Catherine Her..., âgée de 45 ans, journalière, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 4 avril 1880, pour une chute complète de la matrice. — Cette femme a eu deux enfants, l'un à 24 ans, l'autre à 34. — Sa maladie date du premier accouchement, qui fut très difficile et dut être terminé par le forceps. Quelques mois après, l'utérus descendait jusqu'à la vulve, qu'il entr'ouvrait dans la position debout. Pendant sa seconde grossesse, 10 ans après, le prolapsus se reproduisit, mais il reparut après l'accouchement, et ne fit qu'augmenter. Depuis 8 ans, la matrice franchit la vulve et pend entre les cuisses; les pessaires qu'on a essayés à plusieurs reprises n'ont pu tenir en place.

Il y a quelques jours, la tumeur s'enfla considérablement, devint rouge, douloureuse et irréductible, et c'est pour cela qu'elle entre à l'hôpital.

A ce moment, l'utérus est très volumineux, les parois retournées du vagin qui le recouvrent sont rouges et œdématiées, la réduction est impossible. L'hystèromètre pénètre à une profondeur de 17 centim. 1/2, et la circonférence des parties mesurées au-dessous de la vulve atteint 21 centimètres. Sous l'influence du repos au lit, le bassin relevé, de cataplasmes appliqués sur la tumeur, la diminution du gonflement se fait peu à peu, et le 24 mai on put réduire le prolapsus. A ce moment, le cathéter utérin n'accusait plus que 16 centimètres, dont la plus grande partie était due à l'hypertrophie du col.

M. Faucon, qui avait à ce moment le service, proposa et pratiqua l'amputation du col avec le thermocautère, le 28 mai. Cette opération diminua la longueur de la matrice de 5 centimètres sur la lèvre antérieure et de 4

sur la postérieure. Mais le prolapsus ne s'en reproduisit pas moins et, le 15 juillet, M. Faucon pratiquait le cloisonnement du vagin par le procédé de M. Lefort. Avant que les fils métalliques ne fussent tombés, la malade, fatiguée des observations qu'elle s'attirait par sa remarquable indocilité, quitta l'hôpital, où elle rentra vers la fin du mois d'août. Il existait, à cette époque, un petit pont cicatriciel entre les deux parois, qui avait maintenu jusque-là les parties en place, quand, quelques jours après, la malade ayant fait un violent effort, tout se rompit: les parties firent issue au-dehors comme précédemment.

M. Eustache prit le service sur ces entrefaites et constata que cette femme avait un prolapsus complet : l'utérus, dans lequel l'hystéromètre s'enfonçait à une profondeur de 12 centimètres, pendait en entier hors de la vulve; le col était légèrement béant et ulcéré sur ses bords ; on voyait sur chacune des parois du vagin la ligne de cicatrice de un centim. de large, résultant de la première opération du cloisonnement. Une seconde intervention, de même nature, fut proposée à la malade, qui l'accepta ; elle fut pratiquée le 4 octobre 1880.

Avant de recourir aux modifications qu'il se proposait d'apporter au procédé de M. Lefort, M. Eustache voulut tenter une seconde fois l'opération telle qu'elle avait été conçue et recommandée. La malade étant chloroformisée, il refit l'avivement de un centimètre de large, depuis l'insertion du vagin sur le col jusqu'à l'entrée de la vulve, et il sutura les parois par douze fils métalliques, laissés suffisamment longs pour pendre hors de la vulve, où ils formaient deux faisceaux, l'un droit et l'autre gauche.

Les lavages phéniqués furent pratiqués matin et soir ; la malade fut sondée régulièrement trois fois par jour dans la première semaine ; enfin la constipation fut obtenue à l'aide du régime et de l'administration des opiacés. Les fils inférieurs se détachèrent au dixième jour ; les autres au seizième. Dès que la malade commença à se lever, le prolapsus tendait à se reproduire, malgré l'existence de la cloison membraneuse qui réunissait les deux parois vaginales ; quinze jours après, celle-ci avait cédé de nouveau et le prolapsus s'était reproduit comme auparavant.

La malade ayant consenti à une troisième opération de cloisonnement, celle-ci fut pratiquée le 22 novembre.

Dès que la chloroformisation fut complète, M. Eustache décrivit sur la

paroi postérieure du vagin un large quadrilatère de 6 centimètres de côté, s'étendant depuis le col jusqu'à la commissure antérieure du périnée, et il fit ainsi un avivement de 36 centimètres carrés de superficie. Cet avivement fut assez difficile, surtout au niveau de la ligne cicatricielle des deux premières opérations ; l'hémorragie fut abondante, et on dut même pratiquer deux ligatures au catgut fin (n° 1), dont les chefs furent coupés ras du nœud.

Passant de là à la paroi antérieure, M. Eustache pratiqua un avivement de même étendue en longueur et en largeur.

Après avoir convenablement arrêté l'hémorragie à l'aide d'injections d'eau froide et de tampons d'ouate imbibée d'eau de Pagliari, il procéda, au second temps, à la suture. Celle-ci fut faite à l'aide d'une aiguille de Sims, armée d'un long fil de catgut (n° 2) et montée sur une pince porte-aiguille. Deux premières sutures furent placées au niveau des parties supérieures de l'avivement, le long du bord transversal, et passées successivement de la paroi antérieure sur la paroi postérieure. Elles furent serrées aussitôt. Puis furent successivement placées dix sutures latérales, cinq de chaque côté, et enfin deux autres sur le bord transversal inférieur : en tout, quatorze sutures dont les chefs furent coupés ras. L'opération avait duré 1 heure 45 minutes et la chloroformisation continuée tout ce temps.

On eut recours aux mêmes soins consécutifs que précédemment : cathétérisme toutes les cinq heures, injections phéniquées deux fois par jour, opium à l'intérieur. La fièvre fut à peu près nulle et, sauf quelques vomissements pendant les deux premiers jours, la femme ne présenta aucun accident.

Huit jours après, on cessait la cathétérisme et les opiacés et l'on administrait 20 grammes d'huile de ricin et un lavement huileux, de façon à obtenir une selle facile.

La malade fut tenue au lit jusqu'au 6 décembre ; à partir de ce jour, elle commença à se lever et reprit peu à peu son genre de vie habituel, balayant la salle, faisant les lits, etc.

Le vingtième jour, elle fut examinée et l'on put constater que rien n'apparaissait à la vulve; lors des secousses de toux, la vulve se soulève et s'entr'ouvre légèrement, mais rien ne fait saillie au dehors; si l'on écarte les lèvres et qu'on attire à soi la partie inférieure du vagin, on peut voir,

au moment des efforts, la cloison qui relie ensemble les deux parois antérieur et postérieur ; elle est falciforme, d'une épaisseur transversale d'un centimètre et d'aspect blanc-nacre. En introduisant deux doigts dans le vagin, l'un à droite et l'autre à gauche, on note d'abord que ces vagins latéraux sont étroits et resserrés ; les doigts sont séparés l'un de l'autre par une cloison très résistante d'une épaisseur d'un centimètre au moins sur les endroits les moins résistants, plus considérable vers ses extrémités.

Cette cloison mesure une hauteur de 5 centimètres depuis le col de l'utérus jusqu'à l'entrée du vagin, où elle ne descend, toutefois, qu'à 1 centimètre 1/2 du tubercule. Son rebord supérieur est très nettement falciforme et séparé du col même de l'utérus, que le doigt peut refouler légèrement, de façon à aller à la rencontre du doigt situé de l'autre côté.

Cet examen a été fait à plusieurs reprises et nous a toujours donné les mêmes résultats, et la malade n'a jamais accusé ni douleurs, ni gêne. Elle sortit le 5 janvier 1881 de l'hôpital, et reprit, sans inconvénient, son métier de fileuse.

En janvier 1883, la guérison se maintient aussi complètement qu'au moment de la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XXI

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Guérison. — (*In-Bulletin de la Société de Chirurgie*, juin 1881, par M. le professeur Eustache.)

Ernestine Van..., âgée de 42 ans, avait eu 9 enfants et était atteinte de prolapsus complet de l'utérus depuis plus de dix ans. Sa matrice mesurait 11 centimètres 1/2. Ses règles venaient régulièrement, mais avec une abondance considérable : les lèvres du col étaient ulcérées et fongueuses.

Le 1er décembre 1880, quatre jours après la cessation des menstrues, M. Eustache procéda au cloisonnement du vagin. — Un avivement de 6 centimètres de long sur 5 de large fut pratiqué sur chacune des parois vaginales ; puis douze points de suture au catgut furent successivement placés, deux en haut, huit sur les côtés et deux en bas. L'opération, faite pendant le sommeil chloroformique, n'avait duré que 55 minutes.

Les suites furent des plus simples : le soir et le lendemain, 100 pulsations, 39° de température et quelques vomissements. Le cathétérisme et la constipation furent maintenus jusqu'au huitième jour, et la malade tenue au lit jusqu'au dix-huitième; les injections phéniquées matin et soir furent soigneusement faites pendant tout ce temps.

Le 18, la malade fut examinée et l'on constata l'existence d'une cloison épaisse et résistante qui ne cédait pas sous la pression du doigt. Les règles survinrent le lendemain, en avance de cinq jours ; elles furent d'une abondance moyenne. Pendant tout le temps de leur durée, les injections vaginales n'en furent pas moins faites avec soin.

Le 25, l'écoulement sanguin ayant cessé, la femme se leva, et dix jours après elle avait repris ses occupations de marchande à la halle, qu'elle continue depuis.

Cette femme a été revue plusieurs fois depuis, et la guérison persiste, malgré des rapprochements sexuels qui se font sans inconvénient et très probablement par le vagin gauche, qui est plus dilaté que le droit.

OBSERVATION XXII

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Guérison. — (Résumée, *In-Bulletin de la Société de Chirurgie*, juin 1881, par M. le professeur Eustache.)

Dans cette observation, il s'agit d'une femme de 57 ans, ayant eu quinze enfants et atteinte depuis 14 ans d'un prolapsus complet avec cystocèle et rectocèle. Vu l'impossibilité de maintenir le prolapsus avec les divers pessaires de Hodge, de Gariel, etc., M. Eustache proposa le cloisonnement du vagin, ce qui fut accepté.

Pratiquée le 15 mars 1881, de la même façon que dans l'observation précédente, c'est-à-dire en donnant aux deux avivements une très grande étendue et en employant pour les sutures du catgut phénique, l'opération se fit sans particularités.

Le traitement consécutif fut le même que dans les deux observations précédentes.

Le 30 mars, la malade allant très bien et commençant à se lever, on procède à l'examen des parties. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit l'extrémité inférieure de la cloison dont les deux faces ne sont pas réunies sur une hauteur de un centimètre, mais à partir de ce point la cloison existe résistante, dure, d'une épaisseur de plus d'un centimètre, s'étendant sur toute la hauteur du vagin jusqu'au col, dont elle est séparée par un rebord falciforme très accentué. Les deux vagins latéraux sont étroits, permettant à peine l'introduction de l'index. Rien ne se déplace dans les secousses de toux.

Les jours suivants, les choses restèrent dans cet état et la malade n'accusait aucune sensation de ce côté.

Outre le prolapsus utérin dont il vient d'être question, la malade avait encore une tumeur du sein gauche, dure, indolore et de la grosseur d'un

œuf de poule, dont elle demandait instamment d'être débarrassée. Cette nouvelle opération fut pratiquée le 12 avril : il s'agissait d'un sarcome de la mamelle, avec altération d'un ganglion axillaire, qui fut également enlevé. A la suite de cette opération, il survint un érysipèle du tronc, puis une pleuro-pneumonie; mais ces complications furent bénignes, et un mois après la malade était complètement guérie. Malgré ces accidents, rien ne survint du côté de l'utérus; la cloison résista parfaitement aux secousses de toux, et quand elle quitta l'hôpital, le 1er mai, tout était en état d'intégrité parfaite.

La malade, qui a repris sa profession de lessiveuse, sans éprouver le moindre inconvénient, a été revue plusieurs fois, la dernière en décembre 1882 : la guérison se maintient.

OBSERVATION XXIII

Prolapsus complet de l'utérus avec hypertrophie du col. — Amputation de ce dernier organe et cloisonnement du vagin. — Guérison. — (In-thèse Brunet, Paris, 1883.)

Justine B..., 46 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Faucon, le 26 juin 1880 ; elle vient demander l'opération du cloisonnement du vagin pour être débarrassée d'une chute complète de l'utérus.

Cette femme a subi, il y a un an, une première opération pour l'affection qui la tourmente; M. Faucon lui a amputé, au thermocautère, le col utérin, dont l'hypertrophie eut considérablement gêné l'affrontement des parois antérieure et postérieure du vagin. L'hystéromètre indiquait alors 11 centimètres de profondeur; le col, peu allongé, mesurait 7 centimètres dans son diamètre transversal.

Sous l'influence de l'opération et du repos au lit qui en fut la suite, l'utérus se dégorgea et ne parut plus à la vulve; la malade se crut guérie et sortit de l'hôpital en refusant l'opération complémentaire : elle ne voulut pas même s'astreindre à porter un pessaire. Elle avait horreur de cet appareil contentif qui l'avait bien des fois fait souffrir sans remédier à son infirmité, et, malgré les observations du chef de service, elle se crut à jamais délivrée.

L'événement parut d'abord lui donner raison; six mois après, le prolapsus ne s'était pas reproduit et l'hystéromètre ne pénétrait plus qu'à 8 centimètres. C'est au mois de février 1880 que la malade s'aperçut d'une tendance à la récidive ; peu à peu, la chute de l'utérus s'affirma, et elle est aujourd'hui aussi volumineuse qu'il y a un an.

Etat actuel (26 juin 1880) : tumeur conoïde de 9 centimètres de long,

mesurant 16 centimètres de circonférence à sa base et 9 à son sommet. Le col n'est plus saillant comme autrefois; il est déprimé, au contraire, et ce sont les parois vaginales, dont l'affrontement est des plus faciles, qui forment à son pourtour un bourrelet d'une mollesse caractéristique. On reconnaît les lèvres du col à la cicatrice laissée par l'opération antérieure; il y a quelques exulcérations sur la lèvre postérieure du fond de ce petit infundibulum, qui présente un diamètre transversal de 3 centimètres; on aperçoit l'orifice du col non rétréci; il s'en écoule un peu de mucus qui a l'aspect de la glaire d'œuf.

La tumeur est recouverte par les parois vaginales, dont les plis transversaux sont visibles à la base; elle se complique de cystocèle; il n'existe pas de rectocèle; il n'y a que la paroi postérieure du vagin qui a suivi l'utérus dans sa descente; le rectum n'est pour rien dans le prolapsus. Celui-ci est facilement réductible, il s'accompagne des symptômes habituels de cette affection, et la malade en est assez gênée pour réclamer aujourd'hui avec instance l'opération qu'elle a cru devoir refuser l'année dernière.

Cette opération est pratiquée le 1er juillet, lorsque les ulcérations qui se trouvaient au niveau du col sont cicatrisées, et la malade étant à peu près au milieu de la période intermenstruelle, M. Faucon fait un avivement de six centimètres de long sur deux et demi de large et applique douze points de suture en suivant exactement le procédé décrit par M. Lefort. — On fait une légère injection phéniquée et l'on applique à la vulve un tampon de ouate phéniquée.

2 juillet. — L'opérée va très bien et n'accuse aucune douleur; pas d'écoulement extra-vaginal. — On donne une légère alimentation.

3 juillet. — L'ouate qu'on applique à la vulve est ce matin tachée d'un peu de sang. Pas de douleur. — La malade se trouve très bien. — Toujours le même pansement, c'est-à-dire injection phéniquée chaque matin et application à la vulve d'un tampon d'ouate phéniquée.

Les 4 et 5 juillet. — Rien de particulier. L'écoulement sanguin continue.

Le 6. — L'écoulement du sang est arrêté. La malade se trouve très bien et ne souffre pas. — Elle n'a pas été à la selle depuis le jour de l'opération. — Traitement comme d'habitude, c'est-à-dire repos au lit, injection phéniquée une fois par jour. — Léger purgatif. On peut voir par le relevé suivant

de la température et du pouls, que la fièvre traumatique qui a suivi l'opération a été légère :

1er juillet.....				T. V. 37°7.	P. 70
2 juillet.....	T. M. 37°6.	P. 70.		T. V. 38°2.	P. 80
3 juillet.....	T. M. 38°0.	P. 74.		T. V. 38°4.	P. 90
4 juillet.....	T. M. 37°6.	P. 70.		T. V. 38°0.	P. 80
5 juillet.....	T. M. 37°4.	P. 68.		T. V. 38°2.	P. 72
6 juillet.....	T. M. 37°4.	P. 64.		T. V. 38°6.	P. 80
7 juillet.....	T. M. 37°6.	P. 72.		T. V. 38°2.	P. 76
8 juillet.....	T. M. 37°4.	P. 70.		T. V. 38°8.	P. 80
9 juillet.....	T. M. 37°6.	P. 68.		T. V. 37°8.	P. 70

10 juillet et jours suivants, plus de fièvre.

15 juillet. — La malade va très bien. — Elle ne souffre pas.

Par la vulve, il ne se fait plus d'écoulement appréciable. — On permet à la malade de se lever et de s'asseoir à côté de son lit. — Traitement comme plus haut.

1er août. — On permet à la malade de marcher un peu.

3 août. — Règles.

15 août. — La malade sort de l'hôpital ; les fils de sutures ne sont pas encore tombés.

11 septembre. — Elle revient à la consultation. Les fils de sutures ne sont pas encore tombés ; on les enlève assez facilement. L'utérus est parfaitement réduit ; lorsqu'on entr'ouvre la vulve et qu'on demande à la malade de faire des efforts, on voit la partie inférieure de la cloison se tendre et empêcher les parois antérieure et postérieure de s'écarter l'une de l'autre.

On voit en même temps, pendant l'effort, la paroi postérieure, dont l'adhésion à la paroi antérieure ne descend pas jusqu'au niveau de la fourchette, tendre à glisser et à faire, par sa portion inférieure à la cloison, une très légère procidence. Cette procidence, d'ailleurs, est assez peu prononcée pour ne pas paraître hors de la vulve lorsque ses lèvres ne sont pas écartées.

La suture paraît solide sur toute l'étendue de l'avivement, et l'on constate dans le vagin la présence d'une cloison antéro-postérieure complète, de chaque côté de laquelle on introduit facilement l'index. L'opérée

se trouve très bien de sa situation et ne veut pas entendre parler du rétrécissement de la vulve dans le voisinage de la fourchette. Elle resta depuis cette époque complètement guérie de son prolapsus, bien qu'elle se livrât, sans aucune précaution, aux occupations du ménage, qu'elle fît quelquefois de longues courses et qu'elle continuât les rapports conjugaux. le cloisonnement resta aussi solide qu'après l'opération.

En octobre 1882, elle entra à l'hôpital, dans le service de M. Desplats, et elle y succomba quelque temps après aux progrès d'une cirrhose atrophique du foie.

Son prolapsus était resté parfaitement maintenu. A l'autopsie, dont nous ne rapporterons pas ici tous les détails qui ne sauraient nous intéresser, on put enlever ensemble l'utérus, le vagin, la vessie, le rectum, la vulve et le périnée.

Voici la description de cette pièce pathologigue :

On trouve à sa partie supérieure l'utérus long de 7 centimètres 1/2 et dont le col paraît très volumineux; au-dessous, se trouve le vagin, au milieu duquel se trouve parfaitement résistante la cloison artificielle produite par l'opération : elle est longue de 3 centimètres 1/2; sa limite supérieure correspond, à peu près, au col de l'utérus et sa limite inférieure est distante de la vulve, sur la paroi antérieure, de 6 centimètres, sur la paroi postérieure de 5 centimètres. Les deux gouttières qui se trouvent de chaque côté de la cloison sont à peu près égales en diamètre; on y introduit très facilement le pouce.

Cette cloison est en rapport, en avant, avec la paroi postérieure de la vessie, sur laquelle elle glisse très facilement ; elle est en rapport, en arrière, avec la paroi antérieure du cul-de-sac péritonéal rétro-utérin. Ce cul-de-sac rétro-utérin descend à 6 centimètres environ au-dessous du col, fait qui s'explique par l'ancien prolapsus de la paroi vaginale postérieure qui n'avait pas entraîné avec elle le rectum, et aussi par la persistance d'un léger prolapsus, comprenant la partie de la paroi vaginale postérieure située sous la cloison. Le péritoine glisse sans adhérence sur la paroi vaginale au niveau de la cloison.

Enfin, on peut voir, par l'examen de la pièce, que si, pour une raison quelconque, il eût été nécessaire de détruire le cloisonnement, la section de celui-ci aurait pu être faite sans danger et très facilement.

OBSERVATION XXIV

Prolapsus complet de l'utérus. — Cloisonnement du vagin. — Pleuro-pneumonie. — Mort. — (Observation publiée par M. Hue, interne des hôpitaux, *Annales de Gynécologie,* juillet 1882. — Résumée.)

Marie B..., ménagère, 63 ans, entre le 2 mars 1882 dans le service du professeur Lefort, à l'Hôtel-Dieu. D'une bonne santé habituelle, cette malade a eu deux enfants, l'un à 21 ans, l'autre à 23 ans; elle a fait, de plus, une fausse couche deux ans après. Son premier accouchement n'aurait pas été absolument exempt de difficultés, bien qu'elle ne puisse donner des renseignements exacts à ce sujet. Elle aurait eu, dit-elle, la matrice arrachée ! Cependant, sa santé fut excellente jusqu'à 48 ans, âge auquel elle eut normalement la ménopause. C'est vers 48 ans qu'elle s'aperçut qu'une tumeur lui sortait peu à peu par la vulve, au point de la gêner dans la marche. Un médecin, consulté, réduisit cette tumeur et maintint la réduction à l'aide d'un pessaire, grâce auquel la malade put continuer à vivre comme par le passé.

Les quintes de toux auxquelles elle est sujette, étant depuis longtemps atteinte d'un catarrhe bronchique, les efforts, la station debout et la marche déterminent la production du prolapsus dès qu'elle enlève son pessaire pour une cause quelconque. Il lui est ordinairement facile de le rentrer; cependant, dix jours avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une grande fatigue, elle n'a pu, comme d'habitude, replacer son pessaire et, depuis, la matrice est restée sortie.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons à la vulve l'existence d'une tumeur d'un volume supérieur à celui d'un œuf, de forme conique, à sommet inférieur et libre, à base enclavée entre les petites lèvres, de couleur rouge ou rosée, donnant au doigt une sensation de mollesse particulière

et manifestement terminée par le col utérin. Celui-ci est peu augmenté de volume; les culs-de-sac sont notablement diminués de profondeur et n'ont plus guère qu'un centimètre en avant et deux en arrière. L'hystéromètre, introduit sans peine dans la cavité utérine, s'enfonce jusqu'à neuf centimètres et demi. L'utérus peut être réduit et le vagin récupère une longueur normale. Par le toucher rectal, on arrive sur le fond de l'utérus qui semble en légère rétroversion. L'état général de la malade est satisfaisant, en dehors de sa bronchite chronique qui la fatigue beaucoup, dit-elle. L'opération du cloisonnement vaginal est pratiquée, le 8 mars, par M. Lefort. La malade est anesthésiée par le chloroforme et placée à l'extrémité de la table à opération, de telle sorte que le siège porte à faux. Les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur l'abdomen sont maintenues en position par deux aides, tandis qu'un troisième, au moyen d'une pince à érigne, immobilise la tumeur en dehors de la vulve en opérant une légère traction.

La tumeur étant relevée vers le pubis, montre d'abord bien en lumière à l'opérateur la paroi postérieure du vagin.

Sur cette paroi, au niveau de la ligne médiane, on délimite, au moyen d'un bistouri fin, un rectangle allongé dans le sens du vagin, commençant à un centimètre et demi du museau de tanche pour aboutir, après un trajet de six centimètres environ, aux abords de la fourchette. La largeur de ce rectangle est de un centimètre et demi, et l'incision qui le circonscrit arrive à peine à la face profonde de la muqueuse, qui est soigneusement disséquée dans toute son aire. Il en résulte un avivement rectangulaire allongé, d'où l'expression d'avivement linéaire, qui ne dépasse pas l'épaisseur de la muqueuse et a pu être fait, par conséquent, sans aucune lésion des tissus sous-jacents. La même opération est répétée sur la face supérieure de la tumeur, c'est-à-dire sur la paroi antérieure du vagin, dans des conditions identiques.

L'accolement est facilement obtenu au moyen des sutures au fil de soie disposées par paires sur les bords de l'avivement et espacées un peu moins d'un centimètre l'une de l'autre. Une autre suture à chacun des angles et aux deux extrémités des rectangles assure un affrontement parfait. Une compresse imbibée d'alcool camphré est maintenue en bouchon à l'orifice vulvaire au moyen d'un bandage en T. La malade est reportée dans son lit.

9 mars. — Le lendemain de l'opération, la fièvre est peu vive et la température ne dépasse pas 38°4. La miction est facile et spontanée.

10 mars. — La malade se plaint d'une oppression croissante, elle tousse plus encore que d'habitude et expectore des crachats muculo-purulents abondants. La percussion n'accuse rien d'anormal; l'auscultation fait entendre en arrière, dans toute l'étendue du thorax, des frottements pleuraux et des râles sibilants et ronflants nombreux; au sommet gauche, dans un point très limité, on perçoit des signes cavitaires, qui font croire à une petite dilatation bronchique. Les râles sibilants et ronflants se trouvent en avant. L'expiration est prolongée. La température monte le soir à 40°6.

Malgré une médication appropriée, l'état général reste stationnaire les jours suivants. La toux est toujours violente; les signes stéthoscopiques marqués, le sommeil rare, l'appétit presque nul, seule la température baisse et revient à 37°6, pour remonter jusque vers 39° dans ses exacerbations vespérales. Le pouls reste vers 90. Il ne se produit pas d'écoulement notable par le vagin et la tumeur n'a aucune tendance à se reproduire, malgré la toux.

20 mars. — La température est remontée hier soir vers 40°. Les signes stéthoscopiques sont plus marqués: il existe aux deux bases, en arrière et surtout à gauche, de l'induration du poumon, se traduisant par de la submatité, une légère augmentation des vibrations et des râles sous-crépitants; les bruits du cœur sont transmis avec force en arrière.

La malade a la face asphyxique, la langue sèche et ne se plaint que de sa dyspnée. Rien du côté du ventre. Pas de frissons. Pas de diarrhée. Le soir, la température monte à 40°5, et le pouls à 120 pulsations. On administre de l'alcool en même temps qu'on recommande à la malade de changer fréquemment de position dans son lit.

21 mars. — Délire bruyant pendant la nuit. La température est tombée à 39°6, la malade est très affaiblie, l'état général est grave; les symptômes locaux sont toujours les mêmes. Potion de Todd et ext. de quinquina.

22 mars. — Un peu de soulagement; la toux et la dyspnée semblent avoir diminué. La température est tombée à 38°8, et le pouls à 112; l'appétit est nul; la malade ne prend qu'un peu de lait et de bouillon depuis trois jours; l'affaiblissement est très prononcé.

Du côté de la vulve, on n'aperçoit aucune trace de prolapsus, malgré les effets de toux répétés auxquels la malade est en proie; de plus, la suppuration, si elle existe, est assez insignifiante pour passer inaperçue. Il n'existe aucune douleur dans cette région; seule, la fosse iliaque gauche est légèrement douloureuse, ce qui paraît tenir à ce que la malade n'a pas été à la selle depuis quelques jours. Un lavement provoque une selle abondante le soir; la température tombe à 38°. Néanmoins, l'état général est toujours grave. Potion cordiale et ext. de quinquina.

23 mars. — Délire continuel et bruyant pendant la nuit. Au matin, pendant la visite, nous trouvons la malade à l'agonie; elle meurt à 10 heures du matin, 15 jours juste après l'opération.

Autopsie, 25 heures après la mort. Cadavre émacié.

Afin d'examiner les résultats de l'opération, on enlève en masse tous les organes du petit bassin avec le plancher périnéal, puis le vagin est fendu longitudinalement sur la paroi latérale gauche. On constate alors que le col de l'utérus est parfaitemont maintenu en place et repose sur un faisceau de tractus fibreux cicatriciels et de formation récente, de 2 à 3 millim. de longueur reliant l'une à l'autre les parois vaginales au sommet de l'avivement. La réunion des surfaces avivées s'est parfaitement effectuée dans le tiers supérieur du vagin. Dans les 2[3 inférieurs, c'est-à-dire dans une étendue de 4 centim. 1[2 environ, la réunion n'a pas eu lieu; chaque surface est brunâtre, tomenteuse, sans aucun aspect de cicatrisation. Les anses des fils destinés à les mettre en rapport sont restées adhérentes irrégulièrement à la paroi antérieure ou à la postérieure, mais surtout à cette dernière.

Quant aux adhérences qui se sont faites dans la moitié supérieure du vagin, elles sont déjà assez solides pour empêcher l'écartement des parois quand on soulève la pièce par un des coins; elles étaient assez fortes, en tous cas, pour empêcher déjà la reproduction du prolapsus du vivant de la malade, pendant les quintes de toux aussi violentes que répétées.

OBSERVATION XXV

(IN- « REVUE DE CHIRURGIE », 1889, PAR TERRIER)

Femme de 47 ans, entrée à l'hôpital Bichat le 10 décembre 1888. Elle a été réglée à 15 ans, mariée à 19. Accouchement en avril 1862. Prolapsus réductible dans le décubitus dorsal, après cet accouchement. Depuis quelque temps, le prolapsus devient irréductible. Douleurs de plus en plus vives; mictions difficiles, etc.

A la vulve, tumeur lisse, piriforme, à surface sèche. C'est l'utérus prolabé avec hypertrophie du col et du corps. On ne peut le réduire que partiellement; cystocèle, pas de rectocèle. L'utérus est immobilisé dans le petit bassin, si bien qu'on pense à l'existence concomitante de fibromes dans cet organe.

Opération le 21 décembre 1888, avec l'aide de MM. Quénu et Hartmann. Incision sous-ombilicale assez grande; adhérences intestinales au fond de l'utérus; libération de l'utérus fort malaisée; vessie très adhérente à l'utérus et qu'on en sépare; tumeur sur le côté gauche de l'utérus, qu'on ne parvient à enlever, après décortication, qu'avec la plus grande peine. C'est la trompe et l'ovaire kystique. Ligatures en chaîne sur les pédicules; éponges aseptiques dans le cul-de-sac de Douglas, car le suintement sanguin est assez abondant; nettoyage soigné de cette cavité. Ceci fait, on procède à la fixation de la matrice à la paroi abdominale antérieure, à l'aide de trois gros fils de catgut, c'est-à-dire accolement de la face antérieure du corps de l'utérus à la paroi et fils passant des bords de l'incision abdominale au milieu des fibres musculaires de la paroi antérieure de la matrice. Drain en arrière de l'utérus, allant jusqu'au fond de la cavité de Douglas. Sutures profondes sur la plaie abdominale avec six fils d'argent et sept sutures superficielles au crin de Florence. Durée de l'opération, une heure et demie (Spray.)

Au début, quelques phénomènes réactionnels, 39°; puis, dès le lendemain, la température tombe à 37°. Premier pansement le troisième jour; tube à drainage enlevé le vingt-troisième jour. Le 17 janvier 1889, cicatrisation parfaite. Le 20, un peu de cystocèle encore, lèvre antérieure du col à 3 centimètres. Utérus bien immobilisé.

La malade se lève un mois après l'opération et porte une ceinture abdominale. Elle sort de l'hôpital le 27 janvier 1889.

Revue le 10 février 1889, on constate que l'utérus est fortement adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen et que son fond répond à la moitié de la distance qui sépare le pubis de l'ombilic. En ce point, la paroi est véritablement déprimée par le poids de l'utérus, qui est descendu et dont le col hypertrophié est presque à la vulve. Du reste, l'opérée ne ressent aucune douleur et peut vaquer à ses occupations de ménage.

OBSERVATION XXVI

(IN- « REVUE DE CHIRURGIE », 1889, PAR LE DOCTEUR POLAILLON)

Femme de 50 ans, Hort. S..., entrée le 8 novembre 1888 à la Pitié pour un prolapsus utérin complet avec des phénomènes douloureux, datant de deux ans; règles supprimées. Sa mère avait aussi un prolapsus. Station debout pénible, mictions lentes et difficiles, cystocèle vaginale. L'utérus ne peut être maintenu en place; il pend entre les cuisses. Antiseptie vaginale. Chloroformisation difficile. Utérus réduit à l'aide d'un spéculum en bois placé dans le vagin et soutenu par un aide. Après l'ouverture de l'abdomen, des éponges antiseptiques maintiennent les intestins, qui tendent à faire issue hors du ventre. La recherche de l'utérus avec les doigts est difficile; on a de la peine à le trouver et à le soulever. Il est petit et présente des fibromes sous-péritonéaux. Le fond de l'utérus est suturé à la plaie abdominale à l'aide de 3 fils de catgut n° 4. Trois sutures au fil d'argent pour fermer la plaie abdominale. Le spéculum est alors retiré du vagin; l'utérus paraît très bien fixé. Un peu d'agitation après l'opération; glace, température 36°9. Le lendemain, mêmes accidents; le troisième jour, ventre ballonné, délire, vomissements, etc. Mort le 28 décembre, à 3 heures; l'opération avait été faite le 22 décembre. La mort est due à une péritonite.

A l'autopsie, on constate qu'il n'y a pas de réunion à la partie profonde de la plaie abdominale. Le grand épiploon est adhérent. On ne retrouve plus les fils de catgut ayant servi à suturer l'utérus. Cet organe n'est plus en rapport avec la paroi abdominale, si ce n'est par quelques tractus fibreux, longs et grêles. Le catgut s'est résorbé. L'utérus, petit, contient des corps fibreux. Péritoine injecté; en somme, péritonite généralisée légère.

OBSERVATION XXVII

(in- « revue de chirurgie », 1889, par f. terrier)

F..., ayant aujourd'hui 41 ans, est atteinte de prolapsus et stérile. Il y a vingt ans que je l'ai vue pour la première fois pour un prolapsus total de l'utérus et du vagin datant de quatre années. Jusqu'en 1879, tous les traitements employés échouèrent. En 1873, on fit une double colporraphie, dont le résultat était détruit au bout de six mois. En 1878, je tentai l'oblitération du vagin et je ne laissai que deux orifices permettant le passage d'une sonde utérine. La malade partit avec une cloison de deux centimètres et demi, qui paraissait si solide que je croyais tenir un succès; mais, au bout d'un an, elle venait me faire constater un insuccès complet.

En 1886, la malade revint et accepta la laparotomie; le prolapsus utérin était alors total.

L'opération ne présenta aucune difficulté; je libérai facilement le col utérin sans sortir les intestins; la racine des deux ligaments ronds fut facilement fixée à la paroi abdominale à l'aide d'un crin de Florence. Toute l'opération, y compris la suture de la paroi, dura vingt-deux minutes.

Malheureusement, ce cas ne fut pas suivi de succès. Peut-être la malade s'est-elle levée trop tôt? Toujours est-il que le prolapsus se reproduisit.

OBSERVATION XXVIII

Ventro-fixation contre le prolapsus utérin. — (Par le docteur John Phillips, le 7 mars 1888, *In-The Lancet,* n° XVI, vol. II, page 760, october 20, 1888, London.)

Le 12 mars 1886, je fus appelé en consultation avec le docteur Réginald Clarke auprès d'une malade, âgée de 40 ans, nullipare, qui avait été mariée à 19 ans. Je trouvai un prolapsus complet avec rectocèle et cystocèle. La tumeur dépassant les lèvres vaginales de 6 pouces et demi, elle etait couverte d'ulcérations sanglantes et douloureuses. Etat général mauvais; la peau était rêche et sèche. Urines peu abondantes, poids spécifique 1008 et pas d'albumine. Les règles apparaissaient régulièrement, peu abondantes, pâles et duraient trente-six heures. Jamais de dysménorrhée douloureuse. Le traitement par le repos, les tampons et toutes les variétés de pessaires n'avaient donné aucun résultat.

La tumeur était facilement réductible. Je cautérisai les surfaces ulcérées et, au bout d'un mois, je pus introduire un pessaire de Cutter. J'en obtins un bon résultat pendant six semaines, puis l'état de la malade s'aggrava de nouveau. J'essayai d'autres moyens thérapeutiques, sans réussir, et je me décidai à opérer. Je pratiquai, le 1er mars 1887, une modification de l'opération de Brann, c'est-à-dire la résection d'un morceau elliptique de la membrane muqueuse de la partie antérieure et postérieure de la tumeur. Je rapprochai les bords de mes incisions et je réduisis la masse; réunion par première intention. Un mois après, j'opérai le périnée, en étendant la dénudation bien en arrière et en avant sur chacune des grandes lèvres. La réunion se fit bien et le vagin se contracta au point d'admettre à peine le doigt. En six semaines, le col était cicatrisé et la cavité utérine mesurait 2 pouces et demi.

Un pessaire en anneau fut introduit, et la malade s'en trouva assez bien jusqu'au mois de novembre, lorsque, en allant à la garde-robe, il se produisit une descente complète et la réduction ne s'opéra qu'à l'aide d'anesthésie.

L'état antérieur se reproduisit et la malade souffrait énormément. Il se montra, en outre, des hémorragies abondantes et fréquentes qui forcèrent à garder le lit pendant six semaines; en se levant, la malade fut reprise de pertes; son état intellectuel commençait à nous donner des inquiétudes. Je repoussai l'idée d'entreprendre l'opération d'Alexander-Adams, parce que la patiente était extrêmement grasse et parce que, sur le cadavre, je n'avais réussi à trouver les ligaments que deux fois sur six; les probabilités d'une cure permanente par cette méthode étaient, du reste, problématiques.

Opération. — Le 7 mars 1888, après le traitement préparatoire habituel, j'ouvris le ventre sur une longueur de 2 pouces et demi, comptant suturer les ligaments ronds à la paroi abdominale. Un aide maintenait, par le vagin, l'utérus en antéversion forcée. Je trouvai plusieurs anses intestinales en avant du fond de l'organe (condition décrite par Sanger). L'épaisseur des parois abdominales m'empêcha de bien voir la matrice; les ligaments ronds étaient presque entièrement atrophiés et ne pouvaient servir pour la suture de l'utérus. Les ovaires étaient en assez bon état; du côté droit, pourtant, il existait plusieurs petits kystes de la grosseur d'une mandarine. J'enlevai l'ovaire et la trompe, laissant un pédicule épais, que je suturai, au moyen de deux sutures en crin de Florence, à la paroi antérieure, ayant soin de les faire passer en dedans de l'artère épigastrique. Je suturai mon incision pariétale et serrai mes deux sutures du pédicule en les faisant passer sur un tube en caoutchouc solide et en les maintenant à l'aide de plombs fendus.

Je fis incliner le lit, de manière que le pied fût élevé de 6 pouces de plus que la tête, et je tamponnai le vagin avec du coton-laine (*cotton-wool*) pour maintenir l'utérus en antéversion.

La guérison s'effectua assez simplement. Je retirai les sutures au douzième jour : l'utérus était fixé, le fond tourné en avant et à droite. Les efforts ne parvenaient pas à le faire descendre. J'introduisis un anneau pessaire dans le vagin et je permis à la malade de marcher.

Depuis lors, elle se porte bien; je l'ai touchée il y a quelques jours, et les conditions locales n'étaient pas modifiées. La malade ne souffre pas, ne se plaint ni de pertes ni de dysurie, elle peut faire en un jour quatre milles à pied sans se fatiguer. Les règles n'ont pas reparu depuis l'opération (c'est-à-dire depuis plus de sept mois).

OBSERVATION XXIX

Prolapsus utérin au deuxième degré. — Cystocèle. — Rectocèle. — Endométrite chronique. — Hypertrophie sus et sous-vaginale. — Hystérorraphie. — Guérison. — (Obs. *In-Revue chirurgic.*, mars 1889, rédigée par M. Baudouin, interne du service.)

Mme P..., née Louise D..., demeurant à Saint-Ouent, âgée de 38 ans et exerçant l'état de blanchisseuse, entre à l'hôpital Bichat, le 23 juillet 1888, pour s'y faire traiter d'une chute de l'utérus.

Cette femme, dont la mère est morte tuberculeuse, a joui d'une bonne santé pendant son enfance. Réglée à 12 ans et demi, les menstrues furent abondantes, accompagnées de coliques, de douleurs vives et revenant tous les quinze jours. A 18 ans, après s'être mariée, ses règles devinrent normales, duraient quatre à cinq jours, et apparaissaient tous les mois sans douleurs; toutefois, elles restèrent toujours abondantes. Mme P... a eu sept enfants et a fait une fausse couche, entre le sixième et le septième enfant. Toutes ces grossesses ont été normales; les couches, un peu longues, furent toujours bonnes ainsi que leurs suites, sauf au premier et au dernier enfant. Trois jours après le premier accouchement, la malade aurait été prise d'accidents de pelvipéritonite; c'était pendant le siège de Paris par les Allemands, et la malade dut rester deux mois à l'hôpital Lariboisière. Seize mois après, deuxième grossesse.

En 1881, quatre jours après le septième et dernier accouchement, perte de sang qui dura six semaines, avec des alternatives de bien et de mal. Notons que d'autres pertes sanguines se sont produites sans causes pendant les grossesses et après les couches. Tous les enfants, sauf une fille (la deuxième grossesse), sont morts : cinq garçons et une fille. Depuis 1881, les règles, toujours régulières, sont redevenues douloureuses.

A la suite de sa première couche, Mme P... ressentit de la pesanteur dans le bas-ventre avec des tiraillements plus accusés, soit après la marche, soit après une journée de travail debout; ces tiraillements, plus marqués à gauche, siégeaient surtout dans la région lombaire. Parfois, ils étaient assez intenses pour que la malade ne pût ni marcher ni travailler pendant quelque temps. Constipation très grande et habituelle. Pendant les grossesses, la sensation de pesanteur du côté du bas-ventre et les tiraillements lombaires étaient d'autant plus exagérés que la grossesse était plus avancée.

Depuis quatre ans, les phénomènes douloureux se sont accentués. C'est alors que Mme P... s'aperçut du prolapsus de l'utérus; de temps en temps, et surtout après la station debout prolongée, la miction devenait fréquente et douloureuse. Impossibilité de se livrer à un travail fatigant, de se baisser.

Il y a un an que la malade perd beaucoup en blanc, l'écoulement empèse le linge, et souvent il est un peu coloré par du sang; jadis intermittent, cet écoulement est continuel depuis six mois. Les menstrues, très abondantes, sont devenues irrégulières : elles durent trois jours et reviennent tous les quinze jours.

L'état général est très bon, pas d'amaigrissement, pas de troubles digestifs.

Sous l'influence du séjour au lit, les règles redeviennent normales et indolores; les tiraillements du côté des reins sont absolument nuls; la pesanteur sur le bassin persiste toujours; enfin, les accidents vésicaux et l'excitation nerveuse, due aux douleurs incessantes, se calment complètement. La leucorrhée persiste malgré le repos et des injections antiseptiques au bichlorure d'hydrargyre 1/2000, faites méthodiquement deux fois par jour.

Les parois abdominales sont flasques et dépressibles; malgré cela, on ne peut sentir le fond de l'utérus à l'hypogastre ou derrière le pubis. De même, il est assez difficile de délimiter la situation des ovaires : on les devine plutôt à la sensation pénible éprouvée par la malade qu'on ne les sent bien nettement. L'utérus, abaissé, occupe tout le vagin, le col est à la vulve, il est volumineux et présente deux grosses lèvres entre lesquelles on voit l'orifice utérin, irrégulier et agrandi transversalement. La lèvre antérieure du col dépasse notablement la lèvre postérieure et est plus hyper-

trophiée que celui-ci ; elle est ulcérée dans l'étendue d'une pièce de deux francs. Les parois vaginales sont sèches et indurées; rien à noter dans les culs-de-sac, sauf en arrière, où l'on perçoit la présence du corps utérin volumineux et en rétroversion. Combinant le palper au toucher, il est facile de saisir l'utérus et d'apprécier sa mobilité, sa forme et son volume exagéré. Le périnée est aminci. Par le toucher, l'examen direct et l'examen au spéculum, on constate une cystocèle et une rectocèle très accusées; c'est surtout la paroi vésico-vaginale qui est prolabée et forme une sorte de tumeur dont la muqueuse a pris tous les caractères de la peau. Le cathétérisme utérin permet de s'assurer que l'hypertrophie porte surtout sur e col; toutefois, l'utérus offre des dimensions supérieures à la normale. Le toucher rectal n'apprend rien de plus que les examens précédents. Notons que lorsque la malade se fatigue et se lève, le col utérin fait saillie au dehors de la vulve.

Le traitement préparatoire à l'opération a consisté en injections antiseptiques, bains et repos absolu au lit. On a fait l'examen chimique des urines : il n'a donné que des résultats négatifs.

L'*opération* est pratiquée le 7 août 1888, avec l'aide de MM. Hartmann, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris; Baudouin et Dumoret, internes du service. Les précautions habituelles de la laparotomie sont prises avec grand soin. Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, à partir de quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'à trois travers de doigt du pubis. La couche graisseuse sous-cutanée, assez épaisse et vasculaire, nécessite l'application de cinq à six pinces hémostatiques. Incision de la ligne blanche, un peu sur le bord interne d'un muscle droit; ouverture du péritoine avec le bistouri; les bords de cette ouverture maintenus avec des pinces à pression, elle est agrandie avec des ciseaux mousses.

La main, introduite dans la cavité abdominale, saisit l'utérus par son fond et l'attire vers la plaie pariétale. A l'aide de l'aiguille de Reverdin, un fil de soie est placé longitudinalement dans le fond de l'utérus, en pénétrant un peu de son tissu; il sert à attirer l'organe en haut et à le maintenir derrière la paroi abdominale. Les intestins sont refoulés en haut et en arrière à l'aide de compresses imbibées de solution phéniquée faible (au 40^{me}).

Un gros catgut est alors passé obliquement d'abord à gauche, à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, la peau exceptée; il ressort dans le péritoine, puis est conduit de gauche à droite dans l'épaisseur même du tissu utérin, au niveau de la réunion du col et du corps. Enfin, il est de nouveau passé dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. On place deux pinces à pression aux deux extrémités de ce fil, un deuxième, puis un troisième fil de gros catgut sont passés de même, l'un au milieu du corps, l'autre près du fond de l'utérus et maintenus par des pinces à pression. Tout étant bien épongé, on fait successivement trois ligatures en allant de bas en haut, puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus pour l'élever et le maintenir pendant qu'on procédait à la suture. La plaie abdominale est alors refermée en haut à l'aide de trois fils d'argent, passant par le péritoine, et en bas par trois fils de crin de Florence, au niveau des sutures de l'utérus. Un petit drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie.

L'opération a duré vingt-deux minutes. Pansement antiseptique de Lister. Gaze iodoformée sur la plaie et sur le drain.

Pratiqué immédiatement après l'intervention, le toucher vaginal permet de s'assurer que le col est distant de 7 à 8 centimètres de la vulve.

Les suites opératoires ont été des plus simples; il n'y eut jamais d'accidents fébriles. Dès le lendemain de l'intervention chirurgicale, la malade souffrait si peu qu'elle demandait à se lever. Le drain, tombé seul, fut enlevé lors du premier pansement, c'est-à-dire au bout de huit jours. A cette date, la plaie était presque tout à fait cicatrisée.

La malade se leva au vingtième jour et sortit de l'hôpital le 3 septembre 1888. Voici dans quel état elle se trouvait alors, d'après les notes prises par MM. Hartmann, prosecteur à la Faculté, et Baudouin, interne de service : A la palpation abdominale, on perçoit très nettement un plastron dur, étalé, situé sous la paroi abdominale antérieure à l'hypogastre, et paraissant faire corps avec cette paroi. La malade étant couchée, le doigt introduit dans le vagin permet d'atteindre difficilement le col utérin, qui est situé très haut et ne tend pas à descendre quand la malade tousse. La malade debout, le col reste difficile à atteindre, mais lors de la toux, le doigt appliqué sur le col est très légèrement repoussé, ce qui, d'ailleurs, est un phénomène normal. La malade ne ressent plus ni douleurs ni pesanteur vers le périnée ou la vulve. La miction est tout à fait normale et l'état général excellent.

Mme P... est revue le 5 novembre 1888, soit près de trois mois après son opération, et voici ce qui est constaté :

L'état général est excellent, et Mme P..., qui a repris son état de blanchisseuse, ne souffre aucunement. La malade couchée, l'utérus est en antéversion, et par le toucher, combiné au palper abdominal, on s'assure qu'il est resté fixé à la paroi abdominale, un peu sur la partie latérale gauche de l'incision de la paroi. Le fond de l'utérus se perd au milieu de la ligne qui sépare le pubis de l'ombilic. Tout cet examen est absolument indolore. Le col est entr'ouvert, sa lèvre postérieure normale, l'antérieure encore un peu hypertrophiée. La cicatrice cutanée de l'incision abdominale a dix centimètres de long ; elle est rouge, un peu chéloïdienne et offre en haut une très légère éventration, appréciable quand on fait faire un violent effort à la malade. La malade debout, on constate par le toucher que la lèvre postérieure du col est à 10 centimètres de l'ouverture vulvaire, tandis que la lèvre antérieure descend à 7 centimètres. De plus, la paroi postérieure de la vessie fait un peu de procidence du côté du vagin, au-dessous de l'ouverture du canal de l'urètre. La miction est absolument normale, mais il est important de noter que l'opérée a dû abandonner le port de sa ceinture abdominale qui, comprimant le bas-ventre, lui déterminait des envies fréquentes d'uriner.

Le 2 mars 1889, les choses ont peu changé ; toutefois, la lèvre postérieure est descendue à 7 centimètres de la vulve, la malade debout.

En résumé, Mme P..., entrée à l'hôpital absolument infirme et incapable de tout travail, est actuellement bien portante et peut reprendre ses occupations habituelles.

OBSERVATION XXX

(RAPPORTÉE PAR J. RENDU, IN- « REVUE DE CHIRURGIE », 1889)

Enorme prolapsus utérin. — Laparatomie suivie de l'amputation de la partie supérieure de l'utérus et de la fixation du moignon dans la plaie abdominale. — Récidive. — (Par le professeur MULLER, de Berne.)

Z..., 38 ans, réglée à 18 ans, n'a eu qu'un seul accouchement à 21 ans, Le prolapsus utérin a commencé pendant sa grossesse, s'est accusé rapidement (volume du poing) et n'a cessé de s'accroître depuis lors. A son entrée à la Maternité (octobre 1878), on constatait, en outre, une cystocèle. Le cathétérisme de l'utérus donnait 12 centimètres et près de 14 le mois suivant. Müller fit alors (décembre 1878) une colpopérinéorraphie suivant la méthode de Bischoff, opération qui fut sans résultat.

Le 16 juin 1879, il ouvrit l'abdomen en faisant sur la ligne blanche une incision de 4 à 5 centimètres ; une sonde, introduite dans l'utérus, porta cet organe jusque dans la plaie. Le clamp fut appliqué et l'on amputa les deux tiers supérieurs du muscle utérin, en ne laissant, pour ainsi dire, que la portion vaginale, qui fut fixée dans la plaie. L'opérateur extirpa en même temps l'ovaire gauche, sur lequel se développaient de petits kystes. Pansement de Lister. Le 25 du même mois, le clamp fut enlevé. La malade se leva pour la première fois le 18 juillet.

A mon passage à Berne (novembre), ses règles étaient revenues deux fois sous la forme d'un suintement sanguin, par la vulve et par la cicatrice abdominale. Celle-ci était très profondément déprimée, ou plutôt elle se trouvait au fond d'un infundibulum étroit, formé par les parois de l'abdomen. Le prolapsus utérin s'était reproduit à peu près comme auparavant. Le col dépassait la vulve de 7 centimètres environ; ses lèvres étaient grosses, tuméfiées et sa cavité laissait pénétrer la première phalange de l'index : il y avait cystocèle. Le vagin était représenté par une sorte de rigole circulaire, étroite, mesurant 4 centimètres de profondeur.

OBSERVATION XXXI

(IN- « REVUE DE CHIRURGIE », 1889, OPÉRATION PRATIQUÉE PAR KUHN)

Femme de 27 ans, n'ayant pas eu d'enfants, toujours faible et mal réglée, avec des périodes d'aménorrhée. S'est soignée par les emménagogues et, en 1877, immédiatement après ses règles, apparition, en deux jours et sans douleurs spéciales, d'un prolapsus complet de l'utérus et du vagin. Echec des pessaires.

Le 7 janvier 1881, on fait l'élythrorraphie antérieure, et le 26 du même mois, la colpopérinéorraphie. Nouvelle elythrorraphie le 15 mars suivant. *Exeat* avec un bon résultat.

Le 11 juillet 1881, la malade revient avec une récidive. Kuhn, étonné de ce résultat, résolut d'agir par l'abdomen et, dit-il, fit le plan suivant : « L'utérus, ne trouvant aucun soutien dans le vagin et dans le plancher pelvien, pas plus que du côté de ses ligaments, sera fixé (suspeudu) à la paroi abdominale (laparo-hystérotomie de Müller). Puis le vagin, large et flasque, sera rétréci (elytrorraphie et colporraphie) s'il est encore en prolapsus. »

Toutefois, redoutant la gravité de l'hystérectomie abdominale avec ouverture de la cavité utérine, Kuhn pensa n'enlever que le fond de l'utérus sans pénétrer dans sa cavité; il compta aussi obtenir une adhérence suffisante à la paroi abdominale antérieure, d'autant que cette paroi serait résistante, la malade n'ayant pas eu d'enfants.

Opération le 17 août 1881. Incision de 8 centimètres au-dessus de la symphyse, castration bilatérale, puis l'utérus en rétroflexion est attiré au dehors et maintenu par un fil passé à la partie la plus culminante de son fond. « Alors, une incision est faite circulairement autour du fond de l'utérus, à travers le revêtement péritonéal, incision profonde d'environ 3 millimètres, de façon que la section de cet ovale soit au-dessus de l'insertion des

trompes et par conséquent au-dessus de la cavité utérine. L'hémorragie fut très légère et fut tout à fait arrêtée par la suture suivante. Par cette incision, la partie restante de l'utérus fut suturée de tous les côtés à la paroi abdominale, l'aiguille étant passée de dehors en dedans à travers la musculeuse et la séreuse de l'utérus, puis de dedans en dehors à travers le péritoine pariétal et les muscles abdominaux. Il y a ainsi adossement de la séreuse à la séreuse, et aussi des lèvres de l'incision entre elles. Huit sutures identiques furent ainsi placées. Et après la fermeture complète de la cavité abdominale, le fond de l'utérus, circonscrit par l'incision, fut excisé. On eut à lier quelques artérioles. De cette façon, il n'y eut ni moignon utérin à éliminer, ni ouverture de la cavité utérine. »

L'opération, faite sous le spray et avec les précautions et le pansement de Lister, réussit fort bien. Il n'y eut ni troubles vésicaux, ni troubles péritonéaux.

A la fin d'octobre, l'utérus élevé était en antéversion et le vagin lâche un peu prolabé.

Le 13 décembre 1881, on fit une élytrorraphie antérieure et une petite colpopérinéorraphie. Guérison.

La malade, revue le 15 mai 1882, allait bien. La sonde utérine arrive au contact de la paroi abdominale, la cicatrice ne s'est donc pas allongée. La toux et les efforts ne déterminent aucune descente de l'organe. En somme, le résultat était très bon.

OBSERVATION XXXII

(IN-« REVUE CHIRUGIC. », MARS, 1889)

Prolapsus utérin. — Hystérectomie vaginale. — Guérison. — (Pratiquée par le docteur G. RICHELOT.)

Elisabeth J..., 63 ans, blanchisseuse, est mère de six enfants et à 46 ans est survenue la ménopause. Ses règles ont été toujours normales; n'a jamais eu d'affection utérine.

Depuis sept ans environ, l'utérus est peu à peu descendu. A cette époque, le museau de tanche affleurait l'orifice vulvaire, se réduisait par la position assise et n'apportait aucune gêne pendant la marche ou pendant le travail. La procidence augmenta graduellement, et depuis deux ans elle est complète.

La tumeur saillante au dehors est constituée par l'utérus tout entier; le fond de l'organe est senti nettement au-dessous de l'orifice vulvaire; sa cavité mesurée n'est pas notablement agrandie. Renversement complet du vagin; cystocèle et rectocèle. Il y a, depuis deux ans, des douleurs pelviennes, une pesanteur incommode, et la marche est devenue presque impossible.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc, n° 17, pour des ulcères variqueux, la malade accepte avec empressement l'idée d'une intervention qui la délivrera de son infirmité.

Je pouvais, sans nul doute, dit Richelot, essayer les opérations diverses dont la valeur est bien établie, élytrorraphie antérieure ou postérieure, colpo-périnéorraphie, cloisonnement vaginal du professeur Lefort. Bien faites, elles réussissent; quand elles échouent d'abord, on peut les recommencer; l'insuccès définitif est assez rare. Cela dit, beaucoup de chirurgiens pourront

trouver étrange que j'aie fait d'emblée l'hystérectomie au lieu de la garder comme ressource dernière en cas d'échec des procédés anaplastiques. Je répondrai seulement, pour y revenir tout à l'heure, que j'ai fait l'ablation de l'utérus de propos délibéré, parce qu'elle me semble, en pareilles conditions, très facile et très bénigne.

On pourrait aussi donner comme raison qu'elle est radicale et supprime toute chance de récidive. Ici on ferait erreur; étant donné le mécanisme de la procidence et le rôle que joue la chute préalable des parois vaginales, accompagnées de la vessie et du rectum, on doit prévoir la reproduction de la cystocèle et de la rectocèle après l'extirpation de la matrice. Je l'ai prévue, et c'est en faisant de formelles réserves sur la nécessité ultérieure d'une opération complémentaire que j'ai entrepris l'hystérectomie vaginale; mais aussi en affirmant que, les parties n'ayant plus à supporter le poids de l'utérus, l'anaplastie réussirait forcément.

L'opération eut lieu le 25 juillet 1886, avec l'aide de MM. Laskine, Aubert et Oustaniol, internes du service, en présence de MM. les docteurs Auburtin et de Madec. J'ai à peine besoin de la décrire, tant elle fut simple. Je saisis le col avec des pinces de Museux, non pour l'attirer, mais au contraire pour le soutenir; je le repoussai même un peu, dans la pensée qu'une anse intestinale pourrait se présenter et voir le jour (ce qui, d'ailleurs, n'eut pas lieu), l'incision circulaire fut placée tout près des lèvres du col, pour éviter la paroi vésicale; le décollement de la vessie et du rectum, la double ouverture du péritoine, ne me donnèrent aucune peine. Puis, ayant sous les yeux, hors de la vulve, des ligaments larges très lâches et d'une faible hauteur, il fut aisé de prendre chacun d'eux avec une pince de longueur moyenne.

J'aurais pu les lier tout aussi bien; j'aurais pu, sans nulle difficulté, coudre les bords du péritoine avec ceux de la section vaginale; j'aurais pu, à ciel ouvert, placer quelques fils sur de petits vaisseaux. Mais je n'y voyais aucun avantage, et, partant de cette idée, que l'usage des pinces à demeure est, non pas une ressource pour les cas difficiles, mais un procé lé toujours bon, je préférai mettre encore dans la plaie quatre pinces hémostatiques ordinaires, refouler le tout vers la cavité pelvienne pour rendre au vagin son attitude normale, ajouter les tampons d'iodoforme et finir au bout d'un quart d'heure.

Les pinces furent retirées, le 26 au matin, avec les tampons superficiels ; la température atteignait 39°.

Le lendemain, 37°6. Le 28, les tampons profonds furent enlevés à leur tour ; projections de sublimé trois fois par jour, avec beaucoup de douceur ; après chacune d'elles, un tampon iodoformé. Quelques débris noirâtres se mêlaient à l'eau des lavages ; un suintement léger, séro-purulent, sans odeur, continua jusqu'au 10 août ; la malade put se lever à partir du 20.

Le 1er septembre, je vis sans étonnement la cystocèle reparaître et augmenter peu à peu jusqu'au milieu du mois ; la malade maintenait son vagin procident avec un gros tampon d'ouate et un bandage en T. Elle eut bientôt un prolapsus tout aussi volumineux qu'autrefois et quitta l'hôpital vers le 15, avec l'intention de subir prochainement l'opération complémentaire que je lui avais promise.

Celle-ci fut faite à l'Hôtel-Dieu dans le courant d'octobre : large avivement des parois antérieure et postérieure, et cloisonnement du vagin par le procédé de Lefort ; suture au crin de Florence. Comme la vulve est très large, avivement et suture des grandes lèvres dans leur moitié inférieure. Guérison parfaite au bout d'un mois.

CONCLUSIONS

1° L'opération d'Alquié-Alexander, le cloisonnement vaginal du professeur Lefort, l'hysterropexie sont les trois méthodes qui ont donné des résultats constants dans le prolapsus utérin.

2° Il est cependant nécessaire de faire des opérations secondaires de périnéorraphie, de colporraphie, de colpo-périnéorraphie, d'amputation du col suivant la méthode d'Huguier, pour produire un résultat satisfaisant.

3° Il résulte de l'étude de nos observations que l'opération d'Alquié-Alexander et celle du cloisonnement vaginal doivent être les méthodes de choix qu'un chirurgien devra employer en premier lieu.

4° L'hysterropexie ou ventrofixation ne devra être employée que dans les cas où les deux autres n'auraient pas donné de résultat.

Vu : Bon à Imprimer :

Le Président de la Thèse,

Dr ORÉ.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 27 juin 1889.

Le Recteur,

H. OUVRÉ.